Vingt-huitième année — N° 1 — 7 JANVIER 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

UNE CAMPAGNE ET UN VŒU

Parmi toutes les causes de malaise et de gêne pécuniaire qui se font sentir dans la profession médicale, il en est une que le « Concours médical » n'a jamais combattue par *l'action*, c'est celle qui résulte de la défiance, de la concurrence, même de l'hostilité trop souvent régnantes entre praticiens et pharmaciens de chaque localité.

Depuis plusieurs années, ce mal s'est beaucoup aggravé par suite de l'encombrement des deux professions, et surtout grâce à la commercialisation sans limites de la pharmacie.

L'antique collaboration thérapeutique nécessaire à la santé générale a fait place à l'empiètement le plus illégitime : chacune des deux professions utilise les progrès de la science tout simplement pour se substituer à l'autre, et, de fait, le préjudice réciproquement causé atteint d'inquiétantes proportions.

On en est arrivé à vivre en frères ennemis qui dilapident un commun patrimoine d'intérêts et de dignité en se tenant dans l'état de perpétuel procès.

Mais, si tous sont atteints, les uns se ruinent plus vite encore que les autres, parce que leurs adversaires sont plus forts de l'appui que leur donne la crédulité d'un public gobeur et aussi du droit d'employer des armes que s'interdit la médecine.

Duel inégal où nos confrères succombent les premiers, et qu'ils doivent donc être les premiers à éviter, parce qu'il ne sauvegarde pas plus leur honneur que leur bourse.

Or, un certain nombre de pharmaciens et de médecins, que la confiance de leurs confrères ont mis à la tête des grands groupements professionnels, ont eu l'occasion, depuis deux ans, de batailler coude à coude pour la défense des intérêts communs contre les collectivités. Toutes les fois que MM. Brouardel, Gairal, de Grissac, Noir, Jeanne, Diverneresse et tutti quanti, représentants de l'Association générale, de l'Union des Syndicats, du Sou médical, du Concours médical, etc., se sont trouvés en présence de MM. Limouzin-Laplanche, Viala, Vaudin, Langrand, Crinon, et autres dignitaires des Associations et Syndicats pharmaceutiques, c'est avec une parfaite unanimité que fut émis le vœu d'étudier et de réaliser l'accord permanent des deux professions.

La chose avait déjà été tentée localement à Lille d'une façon éclatante et heureuse, maintes fois signalée et vantée par le *Petit Praticien* (du Nord) : elle y fait son chemin. A Paris aussi, une *Association médico-pharmaceutique* s'est constituée, à laquelle tous nos groupements ont prêté leur appui et qui n'attend qu'une impulsion sérieuse pour réaliser son programme.

Mais voilà que des pharmaciens jeunes, indépendants, imbus de l'esprit de solidarité, ont trouvé insuffisant ce rapprochement des groupes seuls. Ils veulent créer ou développer ce courant dans la masse même, entre individus, au beau milieu de la vie journalière des deux professions.

On leur a dit les difficultés du problème, les mécomptes à prévoir, et comme nous étions au nombre de ceux qui tenaient ce langage, ils ont répondu : « Mais vous avez bien fait le *Concours médical*, vous Messieurs ! Si vous croyez vraiment qu'il faut tuer la guerre entre les deux professions sœurs, soyez logiques et, plutôt que de nous retenir, aidez-nous à réaliser vos vœux. »

Et nos deux apôtres se sont mis en campagne en créant de but en blanc le « *Concours pharmaceutique* » dont on nous communique le premier numéro, et qui, au « *Concours médical* » ressemble comme un frère.

Si bien que, dans quelques jours, le médecin et le pharmacien que rapproche la vie quotidienne vont pouvoir comparer leurs bréviaires respectifs. Molécules qui se cherchent souvent sans savoir trouver les points de contact, ils commenceront ensemble l'apprentissage d'une cohésion trop longtemps perdue.

Vous nous demandez, Messieurs du « *Concours pharmaceutique* », si notre sympathie vous est d'avance acquise ?

Le « *Concours Médical* » vous répond : « Parbleu ! » Et il souhaite à ses propres lecteurs que vous ayez plein et rapide succès.

LA SEMAINE MÉDICALE

Fractures des métatarsiens.

M. le Dr Camille Guénot, de Paris, a étudié dans sa thèse les fractures des métatarsiens.

Ces fractures sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement ; elles sont, les unes directes, les autres indirectes.

Les fractures directes sont dues à la chute d'un objet lourd (caisse, outil, poids, etc.) ou passage d'une roue de voiture sur le dos du pied.

Les fractures indirectes ont une étiologie beaucoup plus complexe. Citons parmi les causes les plus fréquentes : les marches prolongées, les faux pas, le saut, les chutes d'un lieu élevé, la chute d'un cavalier avec sa monture.

Enfin, certaines fractures des premier et cinquième métatarsiens se présentent dans des conditions pathogéniques spéciales et sont produites par arrachement ligamenteux ou musculaire.

Les métatarsiens les plus souvent atteints sont les deuxième et troisième ; les fractures indirectes du cinquième s'observent aussi fréquemment.

Les symptômes en sont souvent nets ; ce sont : la douleur, l'œdème, l'impotence fonctionnelle, l'ecchymose en languettes des orteils (signe excellent, mais non pathognomonique), la mobilité anormale et la crépitation. Ces deux signes permettent seuls d'affirmer l'existence d'une fracture. Leur absence, fréquente, rend le diagnostic difficile et il faut recourir à la radiographie pour l'éclairer.

Ces fractures sont d'un pronostic sérieux, car elles s'accompagnent souvent, les fractures directes surtout, de phénomènes d'arthrite pouvant aboutir à la formation d'un pied plat douloureux. En général, les malades ne pourront reprendre leurs occupations que deux mois après l'accident.

Le traitement consistera en repos au lit, avec pansement ouaté compressif, et tampon plantaire destiné à redresser la cavité de la voûte. Puis, dès le cinquième jour, on peut commencer les massages et la mobilisation.

Fractures du maxillaire inférieur.

M. le Dr Courtault a publié récemment dans la *Médecine des accidents*, une traduction d'un travail du professeur *Lederer*, de New-York, sur le traitement des fractures du maxillaire inférieur.

Le traitement de ces fractures consiste dans la réduction, la coaptation, la fixation des fragments par une immobilisation complète jusqu'à consolidation. La bouche sera lavée avec soin. Les esquilles et les dents, désalvéolées, seront enlevées et la cavité buccale maintenue aussi aseptique que possible.

La patient est alors anesthésié et une empreinte des 2 mâchoires est prise à l'aide de la pâte à modeler (combinaison de gomme de chaux, de stéarine et de matière colorante très employée par les dentistes) préférable au plâtre comme durcissant plus vite et donnant une empreinte assez nette. Cette composition est placée dans un moule dentaire après avoir été ramollie dans l'eau chaude, placée sur la mâchoire, puis appliquée contre elle avec fermeté et régularité, de façon à bien en recouvrir les dents. Le moule est maintenu en place jusqu'à complet refroidissement, lequel peut être activé par des irrigations buccales d'eau froide. Le moule est ensuite retiré sans secousse et placé dans l'eau froide pour durcir complètement la composition. Une empreinte de la mâchoire opposée est ensuite obtenue de la même façon. Le patient est alors renvoyé, après lui avoir appliqué un bandage. — Si les empreintes sont livrées à un mécanicien dentiste, il peut, s'il le faut, construire une attelle en 5 ou 6 heures. — Les moulages des mâchoires s'obtiennent en versant doucement le mélange de plâtre dans les empreintes et en laissant solidifier. Lorsque la solidification est complète, les moulages en plâtre sont facilement détachés des empreintes ainsi amollies. On obtient de la sorte deux modèles, l'un de la mâchoire saine et l'autre de l'os fracturé avec sa déformation et son déplacement.

La solution de continuité de l'os est ensuite reproduite en sciant le modèle en deux, suivant le trait de fracture, avec une scie à ruban ; le modèle fracturé est coapté et fixé au moyen d'un peu de plâtre liquide, pour pouvoir être articulé avec le modèle de la mâchoire opposée.

On a obtenu ainsi un modelage de la fracture telle qu'elle doit être après réduction parfaite.

Sur ces modèles on établit un coussin en cire embrassant à la fois les dents du haut et du bas assez haut pour maintenir écartées les deux mâchoires de deux centimètres environ, avec une ouverture centrale pour permettre le passage d'aliments liquides.

Ce support en cire est alors reproduit en caoutchouc ou en fer blanc ; le patient est anesthésié de nouveau et on introduit l'attelle dans la bouche

en contournant d'abord la mâchoire saine. Le maxillaire fracturé est ensuite appliqué sur l'autre moitié du coussin et on termine par une double bande roulée. Le double bandage est préférable à tout autre bandage de tête, le patient ne pouvant l'enlever, avantage appréciable pour les enfants ; il ne glisse pas et peut être fixé sans épingle.

Le patient est condamné aux aliments liquides, qui suppriment la mastication. La bouche est maintenue aussi propre que possible par des lavages antiseptiques, et le coussin peut être ôté de temps à autre pour le nettoyer.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

PRATIQUE RHINO-OTO-LARYNGOLOGIQUE

Les instruments indispensables au praticien pour l'examen de l'oreille, du nez et du larynx.

Si la plupart des praticiens désirent se familiariser avec quelques notions techniques rhino-oto-laryngologiques, beaucoup d'entre eux, ne connaissant pas l'outillage qui doit leur être utile, et dans la crainte de ne savoir l'appliquer, hésitent : alors dès qu'un examen ou une intervention insignifiante s'impose aux dites cavités, le praticien se trouve dans une impasse critique vis-à-vis de son malade.

Nous chercherons donc dans ces quelques lignes à indiquer une trousse rhino-oto-laryngologique pourvue d'un nombre suffisant d'instruments, se prêtant aussi bien à un examen sommaire qu'à une application de pansement d'urgence pour l'oreille, pour le nez et pour le larynx.

Miroir frontal.— Cet instrument est indispensable, il sert à l'exploration de toutes les cavités. Pour la bouche, le pharynx, le larynx, le nez et à l'examen d'une oreille. Le meilleur miroir frontal est celui qui est maintenu à l'aide d'un bandeau faisant le tour du front. Sa surface concave doit posséder une courbure telle qu'il puisse concentrer les rayons lumineux à une distance de 33 à 40 centimètres, distance que l'on maintient devant son malade, pour obtenir une image nette et précise.

Nous ne parlons pas de la source lumineuse, qui doit émaner d'une bonne lampe à pétrole, cela se comprend aisément.

Aujourd'hui, l'éclairage artificiel des cavités se fait à l'aide de la lumière électrique, pile sèche, facilement transportable. Nous indiquerons plus tard une de ces trousses à rendement facile et dont l'entretien ne dépasse pas la valeur des sources éclairantes dont nous disposons journellement.

Comment appliquer le miroir frontal ?

Les classiques indiquent que l'œil de l'observateur voit à travers le trou rond dont chaque miroir est pourvu. Pour notre compte, ce mode d'emploi est mauvais, inutile, et même gênant. Nous préférons placer le miroir sur le front ; de ce fait, on donne a la source lumineuse toutes les directions voulues, en outre, on possède un champ libre, des deux rayons visuels, ce qui a son importance.

Pour la bouche, le pharynx, le larynx, on doit avoir *un abaisse-langue*. Tous les modèles sont bons. Au moment de se servir de l'abaisse-langue, il faut éviter les réflexes linguo-pharyngés. N'appuyer, pour découvrir le pharynx, que sur la moitié antérieure de la langue, en recommandant toujours aux malades d'émettre les voyelles AA. Car dès que le malade projette la langue hors de la bouche, il est impossible de faire un examen. En appuyant sur la langue projetée dehors, elle fait dos d'âne, alors on voit mal, ou presque rien.

L'abaisse-langue pliant occupe peu de place. Pourtant, et pour avoir un point d'appui ferme sur le plancher buccal, nous préférons l'abaisse-langue à manche fixe.

Porte-coton pour le pharynx et le larynx. — Ces instruments doivent être entièrement en métal. Les fabricants possèdent deux modèles. Les uns comme les autres sont sur un manche fixe. Un des modèles, à tige droite au-delà du manche, et courbe à son extrémité, l'autre modèle est une tige en forme de S. Ces tiges se prêtent très bien aux pansements rétropharyngiens.

Recommandations : Les tiges présentent à leurs extrémités des entailles ; ces entailles ne doivent pas être émoussées, car le coton pourrait échapper au moment de l'application du pansement. Il est évident que ces porte-coton sont bien préférables aux pinceaux pharyngés, outillage à reléguer dans l'arsenal des collectionneurs.

Ces porte-cotons se prêtent, instantanément, à la préparation d'un pinceau propre, de la manière suivante :

Entre les trois doigts de la main gauche, on enroule à la manière d'un fuseau sur la partie entaillée des dents de la tige, une couche d'ouate étalée, ne dépassant pas 3 à 4 centimètres. Après le pansement, on enlève l'ouate, l'instrument est soumis à l'ébullition.

Miroirs laryngés.— Le numérotage des miroirs commence à 00, et va jusqu'au n° 5. Que leur forme soit ronde ou carrée peu importe.

Les petits miroirs ne sont pas pratiques, ceux à grandes surfaces sont gênants. Le n° 1 et le n° 3 suffisent. Prendre toujours un miroir sans manche, celui-ci servira à toutes les tiges des miroirs.

Pour bien voir à travers un miroir laryngé, il faut éviter la buée qui se dégage des cavités à examiner. En le trempant dans un peu d'eau chaude légèrement savonneuse, on est à l'abri de cet inconvénient.

Les premières difficultés pour distinguer une image nette, à travers le miroir laryngé, ne doivent pas effrayer le débutant.

Comme on a appris à lire ou à écrire, on apprendra à se familiariser avec la netteté des images à travers les dits miroirs.

Au début, nous avons tous péché par ignorance ; beaucoup d'entre nous, et même des spécialistes consommés, se trouvent encore aux prises avec des examens difficiles, surtout lorsqu'on a

devant soi un oro-pharynx imprégné de tabac ou d'alcool.

Afin de pouvoir interpréter l'image qui se présente dans les cavités, nous conseillons aux débutants l'exercice suivant :

Armé du miroir frontal, et après avoir placé le bon éclairage d'une lampe devant soi, on cherche d'abord à projeter la lumière dans le creux de sa propre main, afin de faire l'exploration de tous les recoins de cette cavité virtuelle. ou bien, ayant acquis une certaine familiarité de la dite exploration, on tend à se rendre compte d'une image ou d'un objet quelconque posé sur la table et que l'on cherche à dépister à travers le miroir laryngé appliqué dans le creux de sa main.

Amygdalotomes. — Lermoyez, dont le sens pratique n'est pas à discuter, prétend que les amygdalotomes doivent être bannis. Il est évident que l'opinion de cet éminent praticien repose sur des faits cliniques très nombreux, qui appuyent sa manière d'envisager la question.

Certes, un bon emporte-pièce surpasse l'amygdalotome. Pourtant, ce dernier est encore employé par des spécialistes autorisés. et donne les meilleurs résultats. Surtout chez les jeunes enfants, lorsque l'amygdale est bien pédiculée, il n'y a rien à craindre d'un amygdalotome. Chez l'adulte, et à partir de la vingtième année, on doit passer la main à l'emporte-pièce.

En somme, l'amygdalotome rend de réels services.

Seringues pour les injections trachéales. — Les bénéfices des injections intra-trachéales ne sont plus à discuter. Mendel, tout récemment, a. de nouveau, fait ressortir une pratique facile et à la portée du praticien. Selon Mendel, il faut choisir une seringue dont le contenu ait au moins 10 centimètres cubes et dont la canule ne soit pas trop courbée.

Pour le nez et l'arrière-pharynx, l'outillage est des plus simples, ainsi que nous le dirons dans un instant. Nous ne parlons pas des instruments qu'il faut pour un examen des cavités, accessoires, pinces. épérotome, septotomes, etc. Ces instruments exigent la pratique de la routine journalière secondée par l'expérience clinique du spécialiste.

Le praticien doit se contenter d'une exploration sommaire des cavités nasales ; savoir différencier une hypertrophie du cornet polypoïde, une déviation nasale, reconnaître si les méats sont encombrés ou non par des sécrétions purulentes.

Cependant, sachant bien manier le spéculum nasal, tout médecin pourra exécuter, en cas d'épistaxis, un tamponnement rationnel nasal.

Pour l'exploration du nez, il faut un *spéculum nasal*. L'instrument doit avoir un pavillon assez large, ses branches laisseront, dans leurs excursions, un champ accessible aux cavités à examiner

L'introduction du spéculum comporte quelques principes. Si possible, ne l'introduire qu'après l'avoir trempé dans un peu d'eau chaude. On évite de cette manière le recul désagréable provoqué par le contact de l'instrument. Redresser légèrement la pointe du nez, et placer le spéculum dans l'orifice nasal, afin qu'une des branches touche le septum et l'autre le cornet inférieur. On maintient l'instrument en prenant point d'appui sur le dos du nez, à l'aide du médius de la main gauche, l'ouverture du spéculum, entre le pouce et l'index de la dite main, pendant que les mêmes doigts, de la main droite, agissent sur le pas de vis, provoquent un écartement progressif des branches.

Eviter autant que possible les traumatismes maladroits, qui peuvent provenir d'une mauvaise direction des branches vers la cloison.

Stylet nasal porte-caustique. — Cet instrument, représente le doigt médical et permet de se rendre compte, *de visu*, de l'état de la muqueuse nasale, des méats encombrés par des croûtes desséchées, ou obstrués par des dégénérescences polypoïdes.

La couleur grisâtre demi-transparente des masses polypoïdes se trouve vérifiée par le dit instrument.

Enfin, le stylet nasal est d'un précieux secours pour l'introduction, dans la cavité nasale, de lanières à pansement, en cas d'épistaxis ou de toute autre intervention locale.

En outre, en choisissant un stylet aux extrémités rugueuses, il servira comme porte-caustique. La fusibilité à chaud, de l'acide chromique ou du nitrate d'argent adhère intimement à la dite partie rugueuse, et l'on pourra porter et limiter localement les dits caustiques sur telle ou telle partie de la cavité nasale.

Porte-coton nasal. — Un instrument spécial, pour enlever les concrétions muco-purulentes des narines, est inutile.

Une aiguille à tricoter, en acier trempé, dont la longueur ne dépasse pas 10 à 12 centimètres, remplit le rôle de porte-coton nasal.

Cette aiguille, par son extrémité lisse, tient, juste le temps nécessaire, l'adhérence du coton.

Dès que l'essuyage de la cavité nasale est fait, une simple pression entre un morceau de linge. et même entre un morceau de papier, suffit pour débarrasser facilement l'aiguille du coton.

La préparation de ces porte-coton est identique à celle que nous avons indiqué au porte-coton pharyngé.

Pince à pansement. — Cette pince complète l'outillage nasal. Il faut la choisir avec des branches longues, effilées, aplaties, dépourvue de griffes.

Serre-nœud à trois anneaux. — Avec un peu d'habitude, le praticien pourra enlever des polypes.

A la rigueur, le serre-nœud servira à cueillir les corps étrangers du nez.

Plusieurs fois, l'anse du serre-nœud nous a aidé à extraire, à la manière d'un bouchon dans une bouteille, des noyaux de cerises et autres corps étrangers de la cavité nasale.

Du *fil de fer galvanisé*, ou du laiton. ainsi qu'une *pince coupante*, complètent l'outillage.

L'exploration de l'arrière pharynx, se fait avec le miroir laryngé n° 1.

En aplatissant la langue par l'abaisse-langue, on introduit le miroir, préalablement chauffé derrière la luette. En abaissant ou redressant légèrement le manche du dit miroir, on arrive à distinguer tout ce qui encombre l'arrière-pharynx : végétations, hypertrophie postérieure des cornets, muco-pus, etc.

L'examen de l'oreille comprend :

Un jeu de trois spéculums Toynbée qui suffit amplement.

Des porte-coton ainsi que nous les avons conçus précédemment.

Une seringue à hydrocèle de 120 grammes pour les lavages forcés, extraction de bouchons de cerumen, ou bien un laveur spécial, permettant de faire un lavage effectif non traumatique du tympan. Enfin, comme instrument accessoire : une poire de Polytzer, le n° 14. Un tube otoscope, complément de la dite poire, permettra de se rendre compte de la ventilation de l'oreille. Le diapason petit modèle pourra compléter ce petit arsenal otologique.

Dans cet exposé succinct, nous avons voulu mettre entre les mains du praticien des instruments indispensables dont les besoins se feront sentir journellement.

(*Clinique pratique.*) Dr Golesceano.

HYGIÈNE SCOLAIRE

Nous nous faisons un plaisir et un devoir de reproduire la circulaire suivante, toutes réserves étant maintenues sur ce qu'il faut entendre par « *médecins au courant de l'hygiène scolaire* », et en protestant formellement contre la création de diplômes spéciaux, vraiment ridicules, et d'une nouvelle caste de fonctionnaires absolument illégitime.

L. M. F.

Pour l'hygiène des écoles

Depuis quelques années, un mouvement considérable s'est produit dans toutes les nations civilisées pour l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle des écoliers. Il s'est traduit par des publications nombreuses, par la création de Sociétés d'initiative privée et de propagande, par des Congrès nationaux ou internationaux.

Tout récemment, la commission permanente de préservation contre la tuberculose, instituée près du Ministère de l'Intérieur, a été amenée à demander l'organisation de l'Inspection médicale des écoles, et, parmi les vœux votés en Assemblée générale par le Congrès international de la tuberculose, en figurent plusieurs qui réclament l'amélioration de l'hygiène scolaire dans les établissements d'enseignement primaire et d'enseignement secondaire.

La Ligue des Médecins et des Familles pour l'hygiène scolaire s'efforce de grouper toutes les bonnes volontés, et, en éclairant l'opinion publique, de faciliter la réalisation des réformes nécessaires. Elle cherche à provoquer et à organiser la collaboration des familles, des professeurs et des hygiénistes.

Voici, sommairement exposés, les points sur lesquels il lui paraît opportun d'appeler plus spécialement, dès maintenant, l'attention des pères de familles, si lents à s'émouvoir, bien qu'il s'agisse de la santé de leurs enfants et de l'avenir de la race.

*
* *

I. — Ceux qui seront des hommes dans quelques années, ont le droit d'exiger qu'on les place dans des conditions telles que leur développement physique se fasse intégralement. Il faut qu'ils deviennent aussi forts et aussi énergiques que possible ; il convient donc qu'ils séjournent tous les jours un temps suffisant au grand air et qu'ils se livrent chaque jour à des exercices physiques *sagement mesurés*.

Des exercices manuels, lorsque l'état de l'atmosphère rendra impossible le séjour au dehors, développeront à la fois l'habileté des mains, la justesse du coup d'œil, le jugement et le respect des professions autres que les professions libérales.

L'horaire du travail scolaire sera réglé de telle façon qu'il n'empiète plus sur les heures d'aération, de repos et d'exercices physiques *indispensables* pour que le développement corporel soit normal. Il sera conçu de façon à éviter la fatigue cérébrale excessive et l'éparpillement de l'effort intellectuel.

Inutile de dire que l'alimentation dans les internats sera simple, saine, suffisante, appropriée à l'âge des enfants et aux exigences de leur croissance.

II. Une fiche individuelle de santé dans les externats, un carnet sanitaire dans les internats, auront l'avantage de permettre au médecin de surveiller plus exactement et plus facilement le développement physique des élèves.

Un examen méthodique, pratiqué à l'entrée dans l'établissement scolaire et, plus tard, à des intervalles plus ou moins éloignés, permettra de fournir aux familles des renseignements sur la santé de leurs enfants sur les soins particuliers qu'elle réclame et de donner aux professeurs des indications indispensables au point de vue pédagogique.

Le carnet de santé pourra donner aux écoliers eux-mêmes des indications utiles pour le choix d'une carrière et la direction de leur vie entière.

Une fiche sanitaire complète ne pourra être établie que grâce à la collaboration amicale des familles, de leurs médecins et des médecins scolaires. Les fiches et les carnets de santé seront, cela va de soi, la propriété des familles.

Ils seront strictement soumis au secret médical.

III. — Il y a beaucoup à faire encore pour l'amélioration des locaux et du mobilier scolaires dans les établissements privés aussi bien que dans les établissements publics.

Les bâtiments, surtout pour les internats, devraient toujours être situés dans de vastes espaces libres, largement aérés et ensoleillés, être suffisamment spacieux, bien éclairés, bien chauffés. Les bains et les douches doivent y être d'un usage courant.

Le *mobilier scolaire* est encore très souvent défectueux, même dans des écoles neuves, pour lesquelles l'argent a été dépensé libéralement. Il est démontré cependant que la mauvaise table et le mauvais banc font des bossus et des myopes.

IV. — Pour assurer et contrôler la réalisation de ces divers desiderata, on doit demander l'organisation sérieuse de l'inspection médicale de *toutes* les écoles.

L'inspection médicale des écoles, prescrite par une loi qui date de 20 ans, n'est organisée que dans quelques grandes villes. En dehors de ces centres privilégiés, elle n'a qu'une existence fictive. Elle n'existe même pas sur le papier dans les deux tiers des départements.

L'inspection médicale *exercée par des médecins au courant de l'hygiène scolaire*, est indispensable

pour réaliser la prophylaxie des maladies contagieuses, pour vérifier l'état des locaux et du mobilier scolaire, l'exécution des exercices physiques, et, d'une façon générale, les conditions matérielles de la vie dans les écoles.

Les *écoles privées* doivent y être soumises aussi bien que les écoles publiques ; c'est, du reste, leur intérêt de recevoir un brevet de bonne tenue sanitaire.

Le médecin des écoles aura, *dans certains cas*, à examiner, de concert avec les pédagogues de profession, l'aptitude intellectuelle des élèves.

V. — Les pères de famille doivent réclamer que le PROGRAMME DES ÉTUDES ET DES EXAMENS soit conçu dans un esprit large, libéral, suffisamment moderne. Ils doivent exiger que les méthodes d'enseignement s'inspirent du progrès de la pédagogie naturelle, et que la progression des études s'adapte à l'âge des enfants et à leur individualité cérébrale.

*
* *

Tels sont, sommairement formulés, les principaux *desiderata* dont cherche à obtenir la réalisation la **Ligue des Médecins et des Familles**, fondée il y a trois ans.

Cette Société a reçu, à l'heure actuelle, un millier d'adhésions, elle possède des comités régionaux à Lyon et à Poitiers et cherche à en établir dans tous les grands centres.

Quels résultats a-t elle obtenus jusqu'à présent ?

Il est difficile de répondre d'une façon précise à cette question.

Lorsqu'une association comme la nôtre réclame une série de réformes et qu'elle doit, dans un pays de suffrage universel, provoquer d'abord, pour obtenir leur exécution, un large mouvement de l'opinion publique, il est très difficile de mesurer exactement l'étendue de ce mouvement, surtout à ses débuts, et, lorsque quelques-unes de ces réformes sont en voie d'exécution, d'apprécier exactement quelle part elle a prise aux progrès acquis.

*
* *

Le CARNET INDIVIDUEL DE SANTÉ, dont l'établissement a été recommandé par une circulaire de M. Chaumié, alors Ministre de l'Instruction publique, va être mis officiellement à l'essai dans l'enseignement secondaire.

Une circulaire ministérielle récente a prescrit qu'un repos de deux heures aurait lieu dans les établissements d'enseignement secondaire au milieu de la journée.

Nous avons mentionné plus haut les vœux formulés par le Congrès International de la tuberculose et le projet d'organisation de l'inspection médicale des écoles rédigé par la Commission de préservation anti tuberculeuse. Nous savons qu'on se préoccupe très sérieusement au Ministère de réaliser cette inspection. Il importe donc que l'opinion publique soit préparée à bien accueillir cette importante amélioration du régime sanitaire des écoles.

La L. M. F. a fait, en faveur de l'amélioration de l'hygiène dans les écoles, une propagande aussi active que le lui ont permis des moyens matériels malheureusement trop restreints.

Elle a créé une *Revue d'Hygiène scolaire* que reçoivent, outre ses adhérents, abonnés de droit, 550 professeurs ou établissements scolaires. Elle a adressé 30.000 appels à des médecins, à des pères de familles, à tous les préfets et conseillers généraux de France, aux maires des 2.000 communes les plus importantes. La presse pédagogique, médicale et politique, s'est occupée de son œuvre avec une unanime sympathie et d'une façon répétée.

Elle a obtenu le patronage d'un grand nombre de personnages importants : Ministres et anciens Ministres de l'Instruction publique, autorités médicales les plus hautes, pédagogues des plus expérimentées.

La **Ligue des Médecins et des Familles** fait un pressant appel à tous ceux qui partagent ses idées, ses craintes et ses espoirs.

Elle ne pourra obtenir un résultat satisfaisant que si les amis de l'Hygiène scolaire sont nombreux, unis et suffisamment actifs dans la propagande.

Son programme est assez large et assez libéral pour que tous l'acceptent, quelles que soient, du reste, leurs opinions philosophiques, politiques et religieuses, et leur conviction relativement à la supériorité de l'enseignement littéraire, classique et moderne.

L'union de toutes les bonnes volontés peut se faire par l'intermédiaire de la L. M. F. qui a au moins l'avantage sur d'autres groupements projetés d'exister déjà et d'avoir pris contact avec le monde universitaire, avec le groupe puissant de l'Alliance d'hygiène sociale, et avec les Associations analogues de l'Etranger.

La Ligue se compose en nombre illimité et sans distinction de sexe, sous la seule condition qu'ils aient atteint leur majorité et qu'ils jouissent de leurs droits civils :

1° De *membres actifs*, payant une cotisation annuelle minima de 2 francs ;

2° De *membres fondateurs*, dont la cotisation annuelle est de 10 francs ;

3° De *membres perpétuels*, effectuant un versement unique qui ne peut être inférieur à 100 fr.

Adresser son adhésion et sa cotisation au Dr Stéphane Bonnet, trésorier, 13, rue de Turin, Paris.

Secrétaire général : Dr E. Mosny, médecin des Hôpitaux de Paris, 64, rue de la Victoire.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La désinfection dans les résidences d'hiver.

Nous enregistrons avec satisfaction les protestations de nos confrères de Pau et de Beaulieu. Ces villes ne veulent pas être classées parmi celles qui organisent autour des maladies contagieuses la conspiration du silence.

Nous regrettons cependant que ces protestations ne se soient pas produites en plus grand nombre.

. . . .

Monsieur,

Dans le dernier numéro (9 déc) du *Concours*, je trouve, au bas de la 2e colonne de la page 798, à

propos d'une « Lettre ouverte... etc... » signée Dr H. Cézilly — une note relative aux mesures prises à Cannes pour donner de la publicité aux mesures de désinfection prises par certains hôteliers et logeurs.

L'exception faite en faveur de Cannes est légitime, mais il n'y a pas qu'à Cannes où de telles mesures soient appliquées.

La Société médicale que j'ai eu l'honneur de fonder à Pau, en 1901, publie régulièrement un *Bulletin* largement distribué qui, toujours à la même page et sous la même rubrique, publie DANS CHAQUE NUMÉRO la liste complète des certificats délivrés par le bureau municipal d'hygiène depuis le début de la saison. Les indications portent sur la rue, le numéro de la maison, le nom du propriétaire ou logeur, l'étage, la nature des pièces, l'orientation, de telle sorte qu'il ne puisse y avoir confusion.

Je trouve en conséquence qu'il serait équitable que vous nous cataloguiez peut-être même avant Cannes, dans la catégorie des heureuses exceptions et publiez une note dans ce sens.

Meilleurs sentiments confraternels.

Dr M. FOURCAUD.

« Type de la publication : « M. X., rue Y, au 2e étage une chambre à coucher, un cabinet de toilette attenant et un salon au midi. »

* * *

Les médecins de Beaulieu (près Nice) ont voulu assurer aux hivernants, qui viennent chez eux chercher l'air et le soleil, une sécurité aussi complète que possible contre la transmission de la tuberculose par les locaux contaminés.

Sous leur vigoureuse impulsion, les propriétaires de meublés ont décidé de désinfecter annuellement et intégralement tous les logements affectés à la location, et cela sans avoir à déterminer au préalable si cette infection est ou n'est pas *évidemment* nécessaire.

En second lieu, les directeurs d'hôtels ont déjà pris toutes les mesures pour être à même de fournir à ceux de leurs hôtes qui en font la demande des chambres et de la literie préalablement désinfectées.

Toute désinfection, à Beaulieu, est formulée, surveillée et certifiée par un médecin, du reste, librement choisi par les familles.

De sorte que les hivernants peuvent, en toute circonstance, avant de prendre possession d'un local, réclamer le certificat médical assurant qu'il a été désinfecté avec toutes les garanties désirables.

Dr L. JAYS.

Lorsque nos confrères auront à indiquer à leurs clients une station d'hiver, la question de la désinfection des habitations ne leur sera pas indifférente et ils indiqueront de préférence les villes qui comprennent leurs devoirs envers les hivernants et qui ont quelque soin de les préserver contre une contagion possible.

HYDROLOGIE

De la cure thermale sulfureuse dans le traitement préventif et curatif de la tuberculose pulmonaire.

(Congrès de la Tuberculose, 1905.)

Messieurs,

Si la tuberculose pulmonaire est une affection contagieuse, elle est une maladie *évitable* et *curable*.

Or, comme dans l'état actuel de la science, nous ne possédons aucun remède spécifique contre la tuberculose ; comme, d'autre part, les mesures destinées à combattre les maladies sont, jusqu'ici du moins, les mêmes que celles destinées à les *éviter*, j'ai cru pouvoir réunir, sous une même étude, les mesures que je vous demande la permission de vous exposer, et qui, à mon avis, sont efficaces et comme mesures préventives, et comme agents curateurs.

Pour faire un tuberculeux, il faut deux choses : *un bacille de Koch*, d'une part, et *un organisme prédisposé*, d'autre part.

Sans bacille de Koch, pas de tuberculose possible.

Sans terrain prédisposé, pas de tuberculose possible.

Aucun contagionniste n'a, je crois, d'objections à faire à l'une ou à l'autre de ces propositions.

Il y a donc deux moyens d'éviter la tuberculose :

1° Supprimer le bacille de Koch, ce qui est l'idéal à poursuivre ;

2° Rendre les organismes réfractaires à la germination de ce bacille.

Mais, la suppression du bacille de Koch n'est pas encore réalisée, et jusqu'à présent et pour longtemps encore, les mesures d'assainissement et de désinfection seront impuissantes à le supprimer, non pas que les moyens que les hygiénistes ont mis entre nos mains soient inefficaces. Non. Mais, parce que la généralisation de ces moyens rencontre d'immenses difficultés, des impossibilités matérielles même, dans la pratique.

Dans les villes, dans les campagnes, sur les voies ferrées, sur les routes, dans les maisons particulières, dans les édifices particuliers, le bacille de Koch foisonne, nous l'absorbons, nous le respirons partout. Et partout les organismes prédisposés sont exposés, à toute heure du jour et dans toutes les circonstances de la vie, à être contaminés.

Et à cause précisément de cette universalité et de cette ubiquité du bacille tuberculeux, il nous est impossible de préciser l'heure et le moment où un sujet devient tuberculeux, et par suite de préciser les conditions physiques, chimiques, biochimiques ou physiologiques qui font l'organisme *tuberculisable*, ou enfin celles qui créent l'immunité ou qui sont une garantie d'immunité contre les bacilles de Koch.

Cette incertitude et cette perplexité, dans lesquelles nous vivons tous, doivent nous rendre très prudents dans nos affirmations au sujet des mesures à prendre.

C'est entendu, il n'y a aucun signe objectif précis qui nous permette de reconnaître que nos cellules organiques constituent, ou non, un terrain tuberculisable : en un mot, nul ne peut dire *d'une façon absolue* que tel sujet résistera ou ne résistera pas au contact des germes tuberculeux.

Mais l'expérience et la clinique nous font craindre, pour *tel ou tel*, l'éclosion de la tuberculose. Il est certains tempéraments, certaines constitutions, certains types que par comparaison nous savons plus particulièrement prédisposés à la phtisie. Il y a toute une catégorie de débilités qui portent le stigmate de la tuberculose pulmonaire bien avant que n'éclatent les premiers symptômes.

Eh bien! c'est à cette catégorie de prédisposés « d'immeubles par destination du bacille de Koch », que nous devons appliquer les mesures

destinées à rendre autant que possible les organismes réfractaires à la germination du bacille de Koch.

Parmi ces mesures, la cure thermale sulfureuse est une des plus efficaces, parce que les eaux sulfureuses possèdent une action incontestable consacrée par l'expérience et la clinique, et sur l'organisme tout entier qu'elles modifient, et sur l'appareil broncho-pulmonaire lui-même, par une localisation nettement spécialisée sur les organes de la respiration.

Je n'ai nullement, Messieurs, la prétention de vous apporter des idées nouvelles, je me contente simplement d'attirer votre attention sur des points trop oubliés aujourd'hui de la vieille thérapeutique thermale, qui s'adressait moins à la maladie qu'au malade et qui, sans se préoccuper exclusivement de la cause pathogénétique de l'affection ou des symptômes locaux de la maladie, visait surtout le terrain, aussi bien le terrain menacé que le terrain déjà envahi.

Quels sont donc les menacés de tuberculose, les proies tout indiquées pour le bacille de Koch ; quels sont, en un mot, les caractères du terrain tuberculisable. A quoi reconnaît-on ce terrain ? Ce ne sont ni l'examen microscopique, ni même l'analyse chimique qui nous renseigneront, au moins d'une façon absolue. C'est l'examen clinique du sujet lui-même.

On naît tuberculisable ou *on devient* tuberculisable.

Naissent tuberculisables : les enfants de tuberculeux, d'abord, et quoiqu'on dise ; ce sont aussi les descendants de tous les tarés : descendants d'arthritiques ayant eu des manifestations morbides graves, d'alcooliques, de cancéreux, de diabétiques, de surmenés, etc.

Deviennent tuberculisables tous ceux que la maladie, le surmenage, les privations ou les excès, la vie confinée, etc., conduisent à la misère physiologique.

Tout cela est connu depuis longtemps, et Pidoux, en y apportant des idées personnelles, a résumé toutes ces connaissances dans un ouvrage admirable et auquel, même aujourd'hui, il n'y a rien à reprendre et presque rien à ajouter : dans son *Traité de la Phtisie*, auquel l'Académie de Médecine a décerné, en son temps, le prix Lacaze.

Les eaux sulfureuses possèdent une action générale tonique sur l'organisme. Elles sont stimulantes du système nerveux et, par son intermédiaire, elles agissent sur toutes les fonctions de nutrition et font dévier les modifications imprimées par les diathèses sur les organismes.

Elles possèdent également une action très spéciale, modificatrice de l'épithélium, de la muqueuse broncho-pulmonaire et la rendent, par conséquent, plus résistante contre les effractions bacillaires.

C'est à cette double action générale et locale que les eaux sulfureuses doivent leur action préventive et leur action curative contre les manifestations de la tuberculose pulmonaire, qui est une maladie infectieuse générale avec manifestations locales sur l'appareil broncho-pulmonaire.

Dr Léon Leriche.

ETUDES ET PROJETS

Les honoraires des Chirurgiens d'Hôpitaux dans les Accidents de Travail.

(*Art. 4 de la loi du 31 mars 1905.*)

J'étais venu, le 23 octobre 1905, à l'audience de la Justice de paix, à Voves, pour entendre parler *Me Rabier, le sympathique* député d'Orléans. Ma curiosité fut récompensée. Je me suis trouvé en présence d'une question intéressante au point de vue professionnel.

Un ouvrier blessé sur le territoire du canton de Voves (Eure-et-Loir) avait été transporté à l'hôpital d'Orléans. Il fut obligé de subir l'opération de la laparotomie et mourut quelques jours après.

L'hôpital réclamait au patron de cet ouvrier une somme de 160 francs pour droit de séjour à l'hôpital, pour frais médicaux et pharmaceutiques.

Le patron était représenté par une compagnie d'assurances, la Zurich. Cette compagnie offrait une somme de douze francs pour couvrir les frais proprement dits de l'hôpital. Quant à l'opération elle-même, elle prétendait ne la devoir qu'au chirurgien seul et ne la payer que sur la présentation d'une note acquittée par ce dernier.

Me Rabier, avocat de l'hôpital, nous a dit :
« Je ne saisis pas bien la portée du procès d'aujourd'hui ; on ne conteste pas le droit de séjour et les frais pharmaceutiques. Tout le procès roule sur le refus de payer *notre* opération. Cependant *nous* ne sommes pas exagérés. *Nous* avons pratiqué une laparotomie avec sutures et nous réclamons une laparotomie simple au tarif de l'assistance médicale gratuite. On nous réclame la note acquittée de *notre* chirurgien : mais il est à *notre* service. Nous n'avons pas à dire combien, quand et comment nous payons *notre* personnel médical. »

La réponse qu'un médecin pouvait faire à cette plaidoirie était la suivante, à mon avis : « Prenez le couteau, Messieurs de l'hôpital, opérez et vous aurez le droit de faire ensuite *votre* note. »

Après l'audience, j'ai envoyé à Me Rabier la lettre suivante :

« J'ai eu l'honneur de vous entendre, aujourd'hui, à Voves, dans l'affaire dite « des Hospices d'Orléans ».

« Que le chirurgien envoie lui-même sa note de 160 francs à l'assurance en désignant comme ses aides, Messieurs les docteurs ou internes X. et Z. Je suis persuadé que l'assurance paiera sans mot dire.

« Sous une forme intéressée, la Zurich a souligné une question d'un haut intérêt professionnel.

« Le public en général paie souvent son médecin avec reconnaissance. Les assurances le font toujours avec regret. La présence d'un tiers non professionnel est difficilement admise dans le règlement des honoraires médicaux.

« Nul ne peut *faire la note* du médecin et du pharmacien, encore moins en bénéficier. Les hôpitaux peuvent établir un tarif d'hospi-

Correspondance hebdomadaire

(Suite).

Mais qu'en est-il au point de vue déontologique ? Comment est vue la chose par les Syndicats ou Sociétés d'arrondissement ?

Personnellement, je n'y vois aucun mal, mais il faut aussi tenir compte des confrères et des habitudes admises.

Cela est-il courant ?

Est-ce reconnu comme correct ?

Est-ce simplement toléré?

Il me semble bien que ce soit le droit strict de tout médecin ; mais une fois là-bas je désire vivre en bonne harmonie avec mes voisins, et je cherche à me renseigner en conséquence.

Merci de tous vos renseignements précédents et de celui-ci aussi.

Réponse. — Vos scrupules, cher confrère, dénotent, chez vous, la véritable conscience déontologique. Mais on ne saurait vous faire un grief d'exercer votre art (à Paris, entendez-bien), à votre domicile, et dans un autre quartier, dans une *clinique*, pourvu qu'elle soit payante et que les moyens employés par vous pour y amener la clientèle soient toujours dictés par la meilleure courtoisie confraternelle.

Votre lettre dit assez que vous ne sauriez agir autrement.

Concours à Dr G., à N. — Nous avons dû nous interdire des opérations dans le genre de celles dont vous nous entretenez ; nous vous conseillons de vous adresser à la Société locale de votre département.

Concours à Dr V. à L. — Nous possédions déjà le document que nous venons de recevoir. Quoi qu'il en soit, nous vous remercions bien sincèrement de votre bonne et confraternelle instruction.

Le texte de ce Jugement paraîtra dans un de nos prochains numéros.

Concours à Dr L. à M. — Certainement, quelques Sociétés de S. M. ont adopté le système d'augmenter l'indemnité hebdomadaire de leurs Sociétaires malades ; ce qui laisse à ces derniers la liberté entière dans le choix de leurs médecins et pharmaciens puisqu'ils les *honorent*. Mais, ces organisations encore trop rares, à notre sens, affectent chacune des dispositions trop particulières pour qu'il soit encore possible d'en prendre les types comme modèles. Il faut aussi attendre que l'expérience ait prouvé la valeur de ces fonctionnements. Comme vous, nous étudions la question, et nous en ferons l'objet d'une

Suite page VIII.

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

communication importante dans le troisième n° de janvier.

Concours à Dr H. S. à A. — Que la personne en question ait ou non toutes les ambitions dont vous parlez, peu nous importe, d'autant plus que nous ne la connaissons pas. — Il n'en reste pas moins vrai que les observations cliniques faites dans ces groupements d'enfants sont intéressantes, et c'est cela seul que nous avons publié, sans modifier en rien notre opinion sur le préjudice professionnel illégitimement causé aux praticiens par les groupements eux-mêmes.

Amicale à *Dr D. à P. (A.)*. — Obligé de se conformer aux sévères décisions de l'Assemblée générale, le Conseil ne peut que vous appliquer l'amende de 120 fr. puisque c'est avec 60 jours de retard que vous nous avez averti de votre guérison.

Or, nous vous devions 110 fr. et nous vous laissons le soin de conclure. La sanction est certes très pénible, mais il n'y a pas de bonne administration possible si le Conseil ne tient pas la main à la stricte observation des statuts. Ce n'est pas de notre argent qu'il s'agit, c'est de celui de nos confrères ; pas possible de l'oublier.

Dr D.., à L.., *à Concours*. — Le syndicat de V.. vous prie de faire parvenir aux pouvoirs publics la pétition d'un de ses membres, appuyée du certificat du maire. Je vous l'envoie et vous prie de la transmettre à qui de droit.

Chez nous, le tarif spécial a soulevé bien des récriminations et bien des colères ; mais il nous est impossible de rien faire d'efficace pour le moment, car malheureusement, presque partout, même dans les grandes villes, le prix de la visite ouvrière était inférieur à 2 francs.

Comme toujours, les médecins ont été victimes de leur négligence et de leur défaut d'organisation, qui font que toujours ils se lamentent quand le mal est fait sans jamais vouloir se donner un peu de peine pour prévenir le mal.

Notre Fédération a été d'avis que, pour le moment, nous ne pouvions pas faire quelque chose d'utile ; il faut subir le mal, mais nous organiser pour obtenir la revision du tarif en 1907, et réunir, dès maintenant, le plus grand nombre possible de documents probants.

Je crois que nous sommes d'accord avec vous sur ce point.

Suite page X.

talisation plus ou moins élevé, suivant la fortune de la victime de la maladie ou de l'accident.

« S'occuper des honoraires médicaux, c'est pour eux exercer la médecine ou la pharmacie illégalement. Le confrère qui les laisse faire est coupable : il y a là une faute contre le secret professionnel, une abdication spéciale au point de vue des intérêts médicaux et une complicité dans l'illégalité.

« Dans l'espèce, je vous accorde que pour aujourd'hui, la Zurich cherche le maximum de bénéfice (c'est un peu son rôle) et que d'autre part les hospices d'Orléans font toujours le nécessaire pour le règlement des notes médicales.

Veuillez agréer, Monsieur Rabier, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

« Dr A. LEMERCIER. »

Le 24 octobre 1905, M. Séjourné, avocat à la Cour d'appel d'Orléans, plaidant pour la Zurich, a démontré que les médecins et chirurgiens des hospices d'Orléans recevaient un traitement fixe annuel peu élevé, ayant le caractère d'indemnité pour le temps passé à l'hôpital, mais ne pouvant nullement être considéré comme la rémunération juste et suffisante des actes opératoires faits dans le courant d'une année. Les notes, présentées par l'administration, font donc passer dans les recettes du budget de l'hôpital une somme assez ronde qui, en réalité, appartient aux médecins comme fruit de leurs travaux. Si les opérateurs ne font pas valoir leurs titres, pour quel motif l'hôpital réclame-t-il ce qu'il n'a pas gagné et ce qui lui a si peu coûté ? Dans ces conditions le débiteur doit payer un prix de journée proportionnel, en rapport avec les dépenses réelles de l'administration pendant l'année, ou payer séparément le médecin, le pharmacien et le droit de séjour à l'hôpital.

A la suite de ces plaidoiries, M. Condis, juge de paix à Voves, a rendu, le 7 novembre 1905, le jugement suivant :

JUGEMENT CONTRADICTOIRE

Loi du 9 avril 1898.

Chalon contre hospices d'Orléans.

L'an 1905, le mardi 7 novembre, à une heure de l'après-midi. Nous, François Condis, officier d'Académie, chevalier du Mérite agricole, juge de paix du canton de Voves (Eure-et-Loir), siégeant au lieu ordinaire de nos audiences, en l'hôtel de Ville de Voves, et assisté de Me Adelmar Garby, greffier.

Avons rendu en audience publique le jugement suivant :

Entre :

I. M. Fernand Chalon, négociant, demeurant à Orléans, rue de Limare n° 3.

Demandeur aux fins d'un exploit du ministère de Me Paul-Auguste Durand, huissier à Orléans, en date du 1er mai 1905.

Non comparant en personne, mais représenté par M. Albert Belouet, agent d'assurances représentant la compagnie la « Zurich », et demeurant à Orléans, 155, Bd de Châteaudun, son mandataire spécial, en vertu de la procuration qu'il lui a conférée suivant acte sous signature privée en date, à Orléans, du 19 mai 1905, visé pour timbre et enregistré gratis à Orléans le 20 du même mois, folio 33, case 22, et dont l'original demeurera ci-annexé.

Plaidant par Me Séjourné, avocat à la cour d'appel d'Orléans,

D'une part ;

II. Et Monsieur Courtin-Rossignol propriétaire, maire de la ville d'Orléans, demeurant en cette ville, agissant comme président de la commission administrative des Hospices d'Orléans, poursuites et diligences de M. Vincent Cimetierre, Receveur des dits Hospices demeurant à Orléans, rue Porte Madeleine, n° 1;

Défenseur non comparant en personne, mais représenté par Me Henry Deschamps, avoué près le tribunal civil de 1re instance d'Orléans, demeurant rue de la Bretonnerie n° 56, son mandataire spécial en vertu de la procuration que M. Vincent Cimetierre, sus-nommé, lui a donnée en sa qualité sus-indiquée de receveur des Hospices suivant acte sous signature privée en date, à Orléans, du 22 mai 1905, enregistré dans la dite ville le même jour, folio 33 case 24 et dont l'original demeurera ci-annexé;

Etant observé que l'instance, dirigée aux termes de l'exploit précité contre M. le baron Harold Portalis, chevalier de la Légion d'honneur, alors maire de la ville d'Orléans a été reprise par Me Deschamps, sus-nommé, au nom de M. Courtin-Rossignol qui a succédé à M. Harold Portalis dans les dites fonctions;

Plaidant par Me Rabier, député du Loiret, avocat à la cour d'appel d'Orléans.

D'autre part;

Faits.

I. Aux termes de l'exploit du 1er mai 1905, sus-énoncé, le sieur Chalon a dit et déclaré à M. le maire de la Ville d'Orléans, pris en sa qualité de Président de la Commission administrative des Hospices d'Orléans, qu'il s'opposait formellement à l'exécution de la contrainte décernée contre lui par la Commission administrative des Hospices d'Orléans du 17 avril 1905 et signifiée le 29 du même mois, suivant exploit de Me Lapaix, huissier à Orléans, la dite contrainte tendant au paiement de la somme de 169 fr. 75 pour prétendus frais de séjour à l'hôtel-Dieu des Hospices d'Orléans, ainsi que ceux médicaux et pharmaceutiques de M. Auclair Abel;

Par le même exploit, M. Chalon a cité l'Administration des Hospices d'Orléans, représentée, comme il est dit plus haut, à comparaître devant nous à notre audience du 24 juillet 1905, pour attendu qu'il ne doit point le montant des causes de la contrainte décernée contre lui absolument sans droit, que d'ailleurs M. Chalon n'a jamais pris aucun engagement vis-à-vis les hospices d'Orléans, dont la prétention doit être rejetée ;

II. Suivant exploit du ministère de Me Durand, huissier à Orléans en date du 10 juillet 1905, M. Chalon a signifié, dit et déclaré à Monsieur le maire d'Orléans, pris au nom et comme président de la commission administrative des Hospices d'Orléans, que, dans l'instance présente, il entendait prendre les conclusions ci-après transcrites :

Plaise à M. le juge de Paix,

Attendu que M. Chalon a fait opposition à un commandement qui lui a été signifié le 29 avril 1905 à la requête des Hospices d'Orléans, lequel tendait au paiement d'une somme de 169 f. 75 pour frais de séjour à l'hôtel-Dieu d'Orléans, d'un sieur Auclair Abel, ouvrier blessé au service du dit concluant et qu'il a fait citer devant Nous, les hospices d'*Orléans* en validité de cette opposition ;

Attendu que la dite opposition est régulière en la forme et juste au fond qu'il y a lieu de la valider.

Au fond,

Attendu que les hospices d'Orléans basent leur prétention contre le concluant sur les termes d'un arrêté de M. le Préfet du Loiret, en date du 17 février 1904 qui les aurait habilités à réclamer pour l'hospitalisation des victimes d'accidents du travail 1° un prix de journée de 2 francs, 2° les frais médicaux et pharmaceutiques, conformément aux tarifs d'assistance médicale gratuite;

Qu'aucune prétention n'est élevée contre le dit arrêté, mais seulement contre l'interprétation que les Hospices entendent lui donner ;

Qu'en effet les Hospices sont avant tout régis par

le statut fondamental résultant des lois des 7 août 1851 et 13 juillet 1893 ;

Que ces lois ont fait des établissements publics d'hospitalisation des établissements de secours aptes, sous certaines conditions, à se faire couvrir de leurs dépenses réelles, mais inaptes dans tous les cas à exercer un commerce et à rechercher des bénéfices ;

Qu'aucune discussion de ce principe fondamental n'est possible, sans dénaturer radicalement la personnalité civile qui *seule* a été accordée aux établissements hospitaliers ;

Attendu que ces principes conduisent à reconnaître que l'arrêté préfectoral sus-visé ne peut avoir d'autre effet que d'habiliter les hospices à se faire rembourser par les chefs d'entreprise dont les blessés auraient été hospitalisés, en outre de la journée forfaitaire de 2 francs les frais médicaux et pharmaceutiques *réellement* imposés à l'administration hospitalière par les soins donnés aux blessés sous le bénéfice toutefois pour le chef d'entreprise de la limitation apportée par le tarif d'assistance médicale gratuite ;

Que décider autrement et reconnaître aux hospices le droit de se faire payer des sommes qu'ils n'ont pas eux-mêmes décaissées conduirait ainsi l'hospitalisation des victimes d'accident à une exploitation de nature commerciale ;

Attendu dès lors que les concluants ont fait offre aux hospices, par exploit de Mᵉ Durand, huissier à Orléans, en date du 8 juillet 1905, enregistré, le paiement de la somme de six francs pour frais de séjour ; 2° de celle de cinq francs pour frais médicaux et pharmaceutiques, sauf à parfaire selon les justifications qui seront apportées par les hospices de leurs débours réels et obligatoirement subis par eux de ce chef ; 3° de celle de un franc pour frais, si d'aucuns sont dus, soit au total : douze francs ;

Par ces motifs et sous le mérite des dites offres ;

Dire bonne et valable l'opposition signifiée au commandement des hospices d'Orléans, débouter ces derniers du surplus de leur réclamation et les condamner aux dépens ;

La cause, appelée à notre audience du 24 juillet 1905, est revenue par suite de remises successives à une audience extraordinaire par nous tenue publiquement au prétoire le 23 octobre 1905 et à notre audience ordinaire du lendemain, auxquelles audiences les parties ont comparu comme il est dit plus haut ;

A ces audiences, M. Belouet, au nom de M. Chalon, a repris et développé les conclusions par lui prises et ci-dessus transcrites, par l'organe de Mᵉ Sejourné, son avocat, que nous avons entendu en sa plaidoirie. Mᵉ Deschamps, au nom de l'administration des Hospices d'Orléans et par l'organe de Mᵉ Rabier avocat, entendu en sa plaidoirie, a conclu à ce que M. Chalon soit débouté purement et simplement de sa demande et condamné aux intérêts de droit et en tous les dépens expliquant que la contrainte délivrée par la dite administration à M. Chalon était parfaitement régulière, parfaitement légale et établie en complète conformité aux lois et règlements sur la matière ;

Après plaidoirie des avocats, nous avons clos les débats, mis la cause en délibéré et renvoyé à la présente audience pour le prononcé de notre jugement.

La cause appelée à l'audience de ce jourd'hui, nous avons rendu le jugement suivant :

Nous, juge de Paix,

Vu la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 22 mars 1902 ainsi que la loi du 31 mars 1905,

Ouï les parties par l'organe de leurs mandataires respectifs,

Ouï, en leurs plaidoiries, les avocats des dites parties : Mᵉ Rabier, avocat, et député du Loiret pour les hospices d'Orléans, Mᵉ Séjourné, avocat du barreau de cette dernière ville, pour M. Chalon, patron, dont le risque professionnel est couvert par la compagnie d'assurances « La Zurich » ;

Attendu que Chalon a fait opposition à la contrainte décernée contre lui par l'administration des Hospices d'Orléans, contrainte tendant au paiement d'une somme de 169 fr. 75 se décomposant comme suit :

Séjour à l'Hôtel Dieu de l'ouvrier Auclair :

I Trois journées d'hospitalisation à 2 fr. frais de séjour...............	6.00
II Frais médicaux (suivant détail fourni) cent soixante francs......	160.00
III Frais pharmaceutiques (également suivant détail) 3 francs 75...	3.75
Ensemble cent soixante-neuf francs 75	169.75

Attendu qu'en raison de ce qui précède, Chalon a fait citer devant nous les hospices d'Orléans, en validité de la dite opposition ;

Attendu qu'après avoir nié devoir le montant des causes de la contrainte décernée contre lui, Chalon, par exploit de Durand, huissier à Orléans, en date du 8 juillet 1905, enregistré, a offert aux dits hospices la somme de douze francs, se décomposant comme suit : 1° six francs pour 3 journées d'hôpital ; 2° cinq francs pour frais médicaux et pharmaceutiques, sauf à parfaire selon les justifications qui seront apportées par cet établissement de leurs débours réels et obligatoirement dus par eux de ce chef ;

3° Celle de un franc pour frais, si d'aucuns sont dus ;

Sur les différents points des conclusions de l'opposant :

Attendu que l'arrêté de M. le Préfet du Loiret en date du 17 février 1903 vise, pour les victimes d'accidents du travail, le prix de la journée d'hospitalisation fixé à 2 francs, déduction faite des frais médicaux et pharmaceutiques établis d'après les tarifs de l'assistance médicale gratuite ;

Attendu que les parties ne sont pas d'accord sur l'interprétation à donner à cet arrêté légalement pris ;

Attendu, en effet, que Chalon dénie le droit aux établissements publics d'hospitalisation, êtres moraux ayant la personnalité civile, de rechercher des bénéfices ;

Attendu qu'il coule de source que les établissements de secours dont il s'agit ne doivent point « *faire commerce* », qu'une telle pratique serait, on le conçoit, contraire à l'esprit même des lois des 7 août 1851 et 15 juillet 1893 qui les ont institués ;

Attendu cependant que ceux qui en ont l'administration doivent s'attacher à les gérer dans les conditions les moins onéreuses ; qu'alors même que des bénéfices ressortiraient en fin d'exercices, ces bénéfices pourraient utilement être employés en fondations de lits, à l'amélioration de l'ordinaire des malades, etc. ;

Attendu que l'intérêt général commande aux hospices de s'administrer au mieux, pécuniairement parlant, sans rechercher pour cela dans le traitement des malades un gain quelqu'il soit ;

Attendu qu'il ne faut point perdre de vue que les indigents qu'ils reçoivent sous leurs toits et directement à leurs consultations gratuites, leur créent de lourdes charges, que comblent difficilement parfois les ressources provenant des malades payants ;

Attendu qu'à première lecture, l'arrêté sus-visé prête à ambiguïté lorsque, fixant le prix de la journée d'hospitalisation à 2 francs, il ajoute « indépendamment » (mot pris pour déduction) des dits frais médicaux et pharmaceutiques ;

Attendu que c'est sur l'attribution de ces frais médicaux et pharmaceutiques que roule tout le procès ;

Attendu que Chalon ne reconnaît pas les devoir à l'administration des hospices d'Orléans, comme n'ayant pas pas été déboursés par elle ;

Attendu qu'il importe d'examiner ce point, tout en se pénétrant du fonctionnement des hospices d'Orléans ;

Attendu que si Chalon prétend ne pas être tenu

au paiement des dits frais médicaux et pharmaceutiques, il offre néanmoins de les régler, s'il lui est produit une note *acquittée* du médecin ;

Attendu que l'administration des hospices est, il ne l'ignore point, dans l'impossibilité de présenter cette pièce pour la raison bien simple que les fonctions de médecin et chirurgien, dans les hôpitaux des grandes villes, sont des places généralement mises au concours, que beaucoup en recherchent le titre non pour les émoluments afférents à l'emploi, mais pour la clientèle qu'il procure en ville à son détenteur et que, dans l'exercice de leur art à l'hôpital auprès duquel ils sont attachés, ils ne peuvent *apparemment*, aux yeux du public, rien revendiquer personnellement ;

Attendu, en effet, que les médecins en question sont chargés d'un service spécial qu'ils assurent à des *heures déterminées, moyennant salaire* sans avoir à se préoccuper de la catégorie « payante ou non » des malades qu'ils soignent ou opèrent dans leurs salles ;

Attendu que cette règlementation intérieure est, ce nous semble, une garantie pour le public, et non, en l'espèce, une exploitation de nature commerciale, ainsi que le dénonce Chalon ;

Attendu que dès l'instant que les médecins acceptent de prodiguer leur science en échange d'un traitement annuel fixe, ils n'ont pas à se substituer à l'administration des Hospices dans la délivrance des reçus de sommes qu'ils ne peuvent toucher *ouvertement*, et partant, les produire, lorsque des justifications sont demandées comme dans le procès pendant ;

Attendu que l'administration des hospices d'Orléans, est, par extension, censée avoir déboursé les sommes ultérieurement réclamées aux malades non indigents, du fait de l'allocation qu'elle sert sous forme d'appointements mensuels, par exemple, aux membres du personnel médical exerçant *volontairement* sous ses ordres ;

Attendu qu'on cherche en vain, dans ces conditions, où est l'exploitation et l'exercice d'un commerce avec, comme but, la perspective de bénéfices dont parle l'exposant ;

Attendu au surplus, que par une circulaire de M. le ministre de l'intérieur adressée aux Sous-Préfets et Maires, présidents des commissions administratives des hospices et Hôpitaux des départements, circulaire établie à la suite de la résolution votée le 12 juin 1902, par le Conseil supérieur de l'assistance publique, il est dit que les hôpitaux, pour les accidents du travail, percevront, dans leurs recettes générales, pour frais de traitement : 1° un prix de journée d'entretien ; 2° les frais médicaux et pharmaceutiques au tarif fixé par le règlement départemental sur l'assistance médicale gratuite, ou à défaut par les usages locaux.

Attendu que dans le cas qui nous occupe, feu l'ouvrier Auclair dont le patron est assuré à la Compagnie « La Zurich » fut, étant grièvement blessé au ventre à la suite d'un accident survenu au cours de son travail, sur le territoire du canton de Voves, près le bourg d'Ymonville, dans l'obligation de subir l'opération de la laparotomie avec sutures, opération des plus délicates, nécessitant de la part des praticiens appelés à la tenter des soins très éclairés ;

Attendu que si l'on se reporte au numéro 70 de l'article 33 du règlement concernant l'assistance médicale gratuite dans le Loiret, on constate que cette opération est tarifée cent cinquante francs alors qu'il n'a été compté que cent francs (laparotomie simple, n° 69) par l'administration des Hospices ;

Attendu que ce simple fait démontre que celle-ci ne se livre donc pas, ainsi qu'on tendrait à l'établir à la recherche de bénéfices, mais se borne à revendiquer les sommes qui lui paraissent légitimement dues ;

Attendu qu'en supposant que le sieur Auclair eût été opéré à domicile au titre de non-indigent par un docteur du service de l'assistance médicale, ce dernier eût peut-être compté un prix supérieur au prix minimum fixé par le règlement du dit service ;

Attendu dès lors qu'on s'explique difficilement la contestation soulevée par Chalon, à mauvais escient, selon nous ;

Attendu *qu'il faut voir* dans son obstination à ne point s'exécuter, l'intervention occulte de la Compagnie « La Zurich » qui couvre son risque professionnel, compagnie voulant manifestement, au moyen d'une décision de Justice, créer un précédent et instaurer, si possible, dans le Loiret, où elle exerce en matière d'accidents du travail, un système de règlement qu'elle sait par avance inapplicable dans l'état actuel de l'organisation des Hospices, système qui jetterait la perturbation dans leur administration s'il y était introduit.

Attendu que Chalon fait grief aux Hospices de se constituer des rentes sur le dos des Compagnies qui couvrent les risques professionnels.

Attendu qu'il nous paraît démontré que ce sont plutôt ces dernières, qui désireraient s'en créer, à la suite d'accidents du travail, en payant le moins possible aux intéressés, tout en prélevant naturellement le maximum de primes.

Attendu que cette théorie bien connue qui tend à s'acclimater de plus en plus en France, à savoir réaliser, par dessus la tête des patrons, de gros bénéfices avec le minimum des risques, ne saurait plaider en faveur des compagnies, fussent-elles d'origine suisse.

Attendu d'une part que Chalon, ne contestant pas devoir le montant des frais médicaux et pharmaceutiques, mais se refusant à les régler aux Hospices, sans mandat, en l'occurrence, pour les recevoir, d'après lui ; et d'autre part les praticiens de l'Hôtel-Dieu, ne pouvant, nous l'avons dit, les encaisser directement des blessés, patrons ou Compagnies d'assurances, en raison du contrat tacite qui les lie à l'administration des hospices d'Orléans, il s'ensuit qu'il s'en exonérerait si sa thèse, cercle vicieux dans lequel il entend enfermer son adversaire, était acceptée : car alors l'administration désarmée ne pourrait les recouvrer.

Attendu que ce n'est pas ce qu'a voulu la loi, ni les réglements qu'elle a provoqués par la suite ; que même en présence d'un texte législatif imprécis, le devoir du Juge chargé de trancher un différend, est de lui donner l'interprétation qui se rapproche le plus de la logique, sous peine de fausser la sentence qu'il est appelé à rendre.

Attendu que cette règle ne doit pas souffrir d'exception, mais généralisée au nom des principes de droit dont Chalon se réclame et qui sont la garantie d'une bonne et invariable justice.

Par ces motifs :

Statuant publiquement, contradictoirement et en dernier ressort,

Vidant notre délibéré,

Recevons l'opposant en la forme seulement.

Au fond :

Donnons acte à Chalon de l'offre par lui faite aux Hospices d'Orléans, mais disons que cette offre est insuffisante.

En conséquence déclarons Chalon mal fondé en son opposition à la contrainte, l'en déboutons et le condamnons à payer aux dits Hospices la somme de cent soixante neuf francs 75 centimes par eux réclamée,

Le condamnons en outre aux intérêts de droit et en tous les dépens liquidés à 34 fr. 70 (citation 7 fr. 10 — Commandement 8 fr.— Procès-verbal d'offres 9 fr. 28 centimes—Conclusions signifiées 10 fr. 40 centimes) en ce, non compris le coût du présent jugement, grosse et signification qui demeurent également à sa charge.

Ainsi jugé et prononcé.

La minute du dit jugement est signée:

J. Condis et Adelmar Garby.

Le jugement de mon excellent ami M. Condis mérite de retenir quelques minutes notre attention.

Notre bon juge de paix ne me saura pas mauvais gré, j'en suis sûr, de passer ses idées au crible d'une critique un peu sévère. Il sait bien que mes intentions sont pures : ici l'idée de bénéfice personnel doit être absolument écartée. En prenant la défense de la corporation médicale, j'ai la conviction de sauvegarder en même temps les vrais intérêts du public.

Dans ce jugement, je me propose d'étudier les principes posés pour faire échec aux conclusions de l'opposant.

I. — *Les hôpitaux peuvent-ils faire commerce ?*

Faire commerce, c'est rechercher des bénéfices. « Les hôpitaux, êtres moraux, ayant la personnalité civile, ne peuvent faire commerce. Une telle pratique, serait, on le conçoit, contraire à l'esprit même des lois des 7 août et 15 juillet 1893, qui les ont institués ». Telle est l'affirmation du juge lui-même. Elle satisfait l'esprit du public, qui voit dans l'hôpital le refuge du malheureux. Réclamer de l'argent à celui à qui la charité doit être faite,ce serait une folie et une insulte à la misère.

Il paraît cependant qu'en fin d'exercice les hôpitaux peuvent avoir des bénéfices. Quelle est donc leur source ? L'administration a des revenus ou des crédits non épuisés : ce ne sont point là des bénéfices, ce sont des excédents qu'il faut consacrer à l'entretien et à l'amélioration du matériel, soit pour les services intérieurs proprement dits, soit pour les consultations gratuites. Si, au contraire, les ressources ont été insuffisantes le budget de l'Etat, du département et des communes intéressées est là pour subvenir aux dépenses nécessaires. Dans ce cas,peut-on soulager le budget en recevant à l'hôpital des malades payants ? Je proteste contre cette idée. L'hôpital n'est plus alors l'hôpital. C'est une maison de santé qui ne paye pas patente et qui fait du tort aux établissements privés de même ordre.

II.—*Peut-on dire que les hôpitaux décaissent vraiment pour rémunérer les opérateurs ?*

Dans tout établissement public ou privé, il est nécessaire de faire la distinction entre les frais généraux et les frais spéciaux. Comment sont rémunérés les médecins ou chirurgiens des hôpitaux ? Ils ont un fixe généralement, pour ne pas dire toujours. Cette somme est invariable. Elle est comprise dans les dépenses certaines. Que l'opérateur agisse ou n'agisse pas, le fixe lui est dû. Ce fixe rentre donc bien dans le cadre des frais généraux. Il n'en serait pas de même si, en plus du fixe, le chirurgien recevait une somme même ridiculement minime pour chaque opération. Il y aurait là pour l'administration hospitalière un imprévu qui apporterait une variation continuelle dans les dépenses selon le nombre et l'importance des opérations. Quelle que soit l'époque du *décaissement*, le débours serait réel. Il faudrait compter sévèrement avec ces frais spéciaux. Nous verrons par la suite que l'opérateur ne coûte vraiment pas cher. Quand les administrateurs présentent une note d'opération, ils réclament, sans mandat, ce qui est dû au chirurgien. Quand celui-ci ne demande rien, nul n'a qualité pour le remplacer dans ses exigences légitimes.

III.—*A-t-on raison de dire que le titre de médecin ou de chirurgien des hôpitaux est recherché pour la brillante clientèle qu'il procure en ville ?*

Le titre de médecin ou de chirurgien des hôpitaux est recherché : c'est une vérité incontestable. Est-ce, comme je l'ai entendu dire autour de moi, pour se faire la main sur le corps du malheureux et acquérir une dextérité opératoire qui sera ensuite proclamée partout ? On suppose bien vils l'esprit et le cœur de ceux qui ont l'insigne honneur de triompher dans les concours médicaux. On oublie que ces concours se passent entre des candidats, tous maîtres par le mérite et que les nominations sont faites, après longue discussion, sur de légères différences. Les maîtres ont donc l'expérience acquise quand ils prennent possession de leur poste, et cela est heureux et nécessaire pour les malades. Ils ne doivent rien à l'hôpital, c'est l'hôpital qui leur doit reconnaissance pour les services rendus. La clientèle résulte du rang obtenu au concours. L'opérateur habile n'a pas besoin de titres : on le trouve toujours.

IV.—*Peut-on dire que les médecins des hôpitaux ont un salaire ?*

Les chirurgiens et médecins des hôpitaux de Paris touchent tous les ans de 1.200 à 1.500 fr. Les hôpitaux de province sont un peu plus généreux. Dans tous les cas, la somme est toujours faible. Prenons comme maximum le fixe de 3.000 francs. Avec cette rémunération dérisoire, l'Assistance publique ne peut avoir la prétention de payer ses médecins. Quand on accorde gratuitement son temps et sa science pour le bien de la société, il est assez juste que celle-ci n'impose point des sacrifices pécuniaires. Telle est l'origine de ce petit traitement qui a le caractère non pas d'un salaire, mais d'indemnité pour le temps passé à l'hôpital et les frais de déplacement.

V.—*Les médecins des hôpitaux peuvent-ils se préoccuper de la catégorie « payants ou non » ?*

En venant à l'hôpital, les médecins ont toujours eu la pensée qu'ils venaient soigner les indigents. C'est pour eux l'aumône de la médecine, accordée à une partie de la Société, qui n'a pas le moyen de payer les soins nécessaires et dont la vie n'en est pas moins respectable. Les médecins ont compté jusqu'ici sur la sévérité de l'administration. Aujourd'hui sous toutes sortes de prétextes et d'influences, l'administration se laisse faire de plus en plus. Elle est débordée par la tendance générale du public qui aime à se faire hospitaliser gratuitement. C'est le devoir du médecin des hôpitaux de s'opposer de toutes ses forces à cet abus. En cela il se protège lui-même, il défend ses confrères et prend l'intérêt du budget de l'Assistance publique.

VI.—*L'acceptation des malades payants constitue-t-elle une exploitation commerciale ?*

L'hôpital sort de son rôle quand il demande de l'argent à la porte en entrant. Celui qui vient réclamer des secours doit être reconnu indigent. Les administrateurs ne recherchent pas un bénéfice personnel : c'est évident. Pour le bien de l'hôpital, ils ne doivent pas cependant se prêter à toutes les combinaisons. J'entends très bien les amis qui prétendent avoir la liberté de se faire soigner à l'hôpital. La liberté a des limites. « Je ne suis pas indigent : c'est entendu, dit-on. Je paierai un prix de journée conforme à mes moyens et je serai traité par l'homme de mon choix. On oublie seulement que ce subterfuge ne peut pas être du goût de la célébrité dont on recherche les soins gratuits. Ce serait d'ailleurs engager l'administration à faire des bénéfices illicites, à ouvrir ses portes au plus offrant, et à laisser dehors les vrais malheureux pour lesquels l'hôpital a été créé.

VII. — *Y a-t-il contrat entre le médecin et l'hôpital ?*

Il y a certainement un contrat tacite entre le médecin et l'hôpital. Il est très simple. Le médecin s'engage à soigner les indigents au mieux et gratuitement, à condition qu'on le dédommage de ses frais de déplacement par une légère indemnité conventionnelle. Cela ne veut pas dire que le médecin soit aux ordres de l'hôpital. Lui seul reste juge de la marche et de l'heure de son traitement. Les gens qui paient leur médecin ne peuvent pas toujours l'avoir au moment de leur choix : pourquoi, en serait-il autrement, pour les gens qui ne le paient pas ? Le médecin ne peut réclamer des honoraires à ceux qui n'ont pas de ressources, et ces malades n'ont aucun droit aux exigences de ceux qui se

font soigner à domicile, ou dans les maisons de santé.

VIII. — *Que peut-on reprocher à la circulaire du 12 Juin 1902 de Monsieur le Ministre de l'Intérieur, et à l'arrêté du 17 février 1903 de Monsieur le Préfet du Loiret ?*

Ces circulaires négligent sciemment la distinction entre l'hôpital et la maison de santé. Il y a là un abus de pouvoir. Pour les malades à la charge des communes, elles doivent établir : 1° Un prix forfaitaire comprenant le droit de séjour et les frais médicaux ; 2° un prix supplémentaire pour les frais pharmaceutiques. La variation dans le prix de revient d'une maladie découle des prescriptions médicales.

Pour les hôpitaux mixtes, à la fois maisons de santé et hôpitaux, les non indigents admis doivent supporter : 1° les frais de séjour, variables suivant les services demandés à l'administration ; 2° les frais pharmaceutiques proprement dits. En outre, il faut faire prévoir des honoraires pour le médecin et le pharmacien, qui seuls ont qualité pour les toucher et en donner quittance.

XI. — *Dans le procès actuel, l'hôpital d'Orléans croit-il lui-même à la justice de sa cause ?*

J'affirme que non. Si le chirurgien a fait une laparotomie tarifée 150 fr. au n° 70, pourquoi compter celle du n° 69, tarifée 100 fr. Par suite du principe « qui demande trop n'a rien », l'hôpital, sachant très bien qu'on ne lui doit pas, demande moins pour ne pas effrayer l'assurance. On décore cette diminution du mot de bonté de minimum d'exigence. Si l'hôpital avait le bon droit pour lui, il n'y aurait pas de doute, l'opération serait montée non pas à 100 francs, mais bien à 150 francs.

X. — *Que penser de l'argument : En dehors de l'hôpital, l'assurance eût payé plus cher ?*

On demande la preuve de l'exploitation commerciale. Je crois qu'elle est assez nette dans l'argument employé. L'hôpital fait une concurrence déloyale à la médecine de clientèle. Cette médecine n'est cependant pas très heureuse : « En mettant à part 20 à 30 célébrités médicales, faisant des chiffres importants, la moyenne de la clientèle de tous les autres médecins parisiens ne ressort peut-être pas à 6000 francs. Plus d'un millier n'atteignent pas 3000 francs par an ! — Même situation à Marseille, Lille, Nantes, Bordeaux, etc... — L'assurance eût payé plus cher ? C'est à elle de le savoir. Elle se réserve toujours le droit de discuter les notes médicales, quand elle les croit exagérées. L'administration est désarmée pour le recouvrement de la créance ? Le malheur n'est pas grand, puisque la somme ne lui est pas due légitimement. Il n'en est pas de même du médecin, puisque l'assurance reconnaît lui devoir et s'offre à lui payer le prix demandé !

XI. — *Le trouble sera-t-il jeté dans l'administration des Hospices si on ne lui reconnaît pas le droit de percevoir les honoraires des opérations ?*

Quand même ce trouble devrait exister, l'administration ne doit pas compter sur cette ressource. Ce n'est pas vivre que vivre avec le bien des autres, sans avoir contracté des obligations naturelles à cet égard. L'hôpital n'a pas besoin d'avoir de telles prétentions. Les communes économisent leurs deniers; mais elles n'ont jamais élevé la voix pour se plaindre des dépenses supplémentaires occasionnées par le soulagement de leurs pauvres, attardés sur le lit de souffrances. D'autre part les médecins n'ont jamais mené les hôpitaux à la ruine ni à la faillite.

XII. — *Les compagnies d'assurances, même d'origine suisse, tendent à acclimater de plus en plus en France cette théorie qu'il faut réaliser par-dessus la tête des patrons de gros bénéfices avec le minimum des risques.*

Nous devons regretter de voir une phrase semblable dans un jugement français. Il existe un droit des nations comme un droit des gens. Les règles et les lois sont établies à ce sujet. Quiconque s'y soumet, n'a pas démérité. Que dirions-nous, si l'une de nos compagnies françaises venait à placer son siège social à l'étranger et qu'elle y reçût un accueil désagréable ? De plus, l'origine étrangère ne prouve pas l'abstention des capitaux français.

Les compagnies d'assurances font un commerce. C'est la loi du commerce de rechercher le maximum de bénéfices. Si les compagnies font ce commerce loyalement, nous ne pouvons leur faire des reproches. L'audace dans la circulation de leurs capitaux est utile et mérite sa récompense.

Dans ce procès, important pour les questions de principe, le véritable juge est l'article 4 de la loi du 9 avril, modifié par la loi du 31 mars 1905. Etudions un peu cet article. Nous nous efforcerons ensuite de déduire de cette étude les conclusions nécessaires.

L'article 4 met à la charge du chef d'entreprise : 1° des frais médicaux et pharmaceutiques ou des frais d'hospitalisation ; 2° des frais funéraires.

Les frais funéraires ne sont pas en discussion. — Un accident du travail arrive. Deux cas peuvent se présenter :

A. Le blessé est soigné à domicile.

B. Le blessé est soigné à l'hôpital.

A. Le blessé est soigné à domicile.

La victime peut toujours faire choix de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le Juge de Paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif établi par arrêté du Ministre du Commerce, après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants de syndicats professionnels ouvriers et patronaux, de sociétés d'assurances contre les accidents du travail et de syndicats de garantie, et qui ne peut être modifié qu'à intervalle de deux ans.

Au cours du traitement, le chef d'entreprise peut désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le juge de paix, donnera au dit médecin accès hebdomadaire auprès de la victime en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée. — Faute par la victime de se prêter à cette visite, le payement de l'indemnité journalière sera suspendu par décision du juge de paix qui convoquera la victime par simple lettre recommandée. — Si le médecin certifie que la victime est en état de reprendre son travail, et que celle-ci le conteste, le chef d'entreprise peut, lorsqu'il s'agit d'une incapacité temporaire, requérir du juge de paix une expertise médicale, qui devra avoir lieu dans les cinq jours.

« C'est la première fois que, dans une loi française, le principe de la liberté pour le malade de choisir son médecin est proclamé avec cette précision. Cette loi impose au blessé qui use de la faculté de choisir son médecin l'obligation de payer une part des honoraires dus, mettant, dans ce cas, à la charge du chef d'entreprise d'autre part des frais médicaux et pharmaceutiques. Cet impôt mis sur la liberté nous semble une monstruosité, mais le texte de la loi est là et il est formel. Le tarif, élaboré par le ministre du commerce, est la détermination de la part afférente au chef d'industrie dans les frais médicaux, dont une partie reste à la charge de l'ouvrier. Dans certains cas, le médecin pourra se faire payer par l'ouvrier, et, sans fausse honte, touchera des honoraires très régulièrement dus. Mais au cas, où pour des raisons dont il sera seul juge, il considérera cette créance comme irrécouvrable, il sera obligé de l'abandonner. Ce sera le médecin, en définitive, qui sera lésé et cela dans un temps où ses recettes, déjà maigres, baissent dans une proportion effrayante. » (Extrait du *Concours médical*, 18 novembre 1905, page 733).

La loi accorde au chef d'entreprise un droit de

défiance envers le médecin traitant, quand celui-ci n'est pas le médecin de son choix. Elle lui permet de faire désigner par le juge de paix un médecin qui le renseignera chaque semaine sur l'état de la victime. Il y a là une violation du secret professionnel, nul n'a le droit d'être renseigné sur les infirmités de son voisin. C'est, de plus, une nouvelle atteinte à la liberté. On donne bien à l'ouvrier le droit de choisir son médecin, mais on lui impose à côté le médecin du patron dont la visite peut lui être désagréable pour des raisons indiscutables, parce qu'elles sont personnelles. Il eût été beaucoup plus correct d'imposer au médecin traitant d'inscrire la durée probable de la maladie sur le certificat d'origine de blessure, et de dire : Passé ce délai, le malade devra lui-même désigner le nom de plusieurs médecins entre lesquels le patron choisira devant le juge de paix. Le médecin agréé par les deux parties devra signer avec le médecin traitant un rapport constatant que les finances du patron ne sont pas dilapidées, et marquant à nouveau la durée probable de la maladie. — Même observation, en cas de contestation de guérison par la victime elle-même, malgré la déclaration contraire du médecin traitant. — Faute de se conformer à ce règlement, le malade perdrait tout droit à l'indemnité journalière.

B. Le blessé est soigné à l'hôpital. Le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas, des frais d'hospitalisation, qui, tout compris, ne pourront dépasser le tarif établi par l'application de l'art. 24 de la loi du 15 juillet 1893, majoré de 50 % ni excéder jamais 4 fr. par jour pour Paris ou 3 fr. 50 partout ailleurs.

On s'est demandé pourquoi la « Zurich » faisait une offre de douze francs. Il me semble naturel de penser que l'origine de cette offre est dans cette modification de la loi. Cette modification n'est d'ailleurs pas juste. Elle atteint la profession médicale dans ses droits les plus sacrés. Elle est un pas en avant vers la médecine *forfaitaire* et vers la *fonction médicale*. Je crois qu'il y a là un gros danger pour les malades et pour le médecin. Pour s'en convaincre, il suffit de vivre quelque temps comme pharmacien au milieu des malades d'une administration. Il n'est pas rare de voir les employés délaisser la médecine officielle gratuite, qui, selon eux, ne peut leur donner satisfaction.

Les victimes des accidents du travail ne sont pas des indigents, puisque dans ce cas l'ouvrier est assuré. Cependant la loi permet l'entrée à l'hôpital. « Il semble, au premier abord, dit le Dr Meneault (*Concours médical*, page 709, 4 novembre 1905), qu'il n'y a rien de plus juste que de faire payer, en sus du prix de la journée d'hôpital, les honoraires du médecin ou du chirurgien d'hôpital. Or, dans l'état actuel, et la nouvelle loi sur les accidents du travail vient de le consacrer, le médecin n'est pas autorisé à réclamer des honoraires à ces malades, sauf, bien entendu, s'il y a eu convention préalable entre le médecin et le malade. »

En présence de ces dispositions, le devoir des médecins des hôpitaux est d'exiger sur la feuille d'hôpital, les additions suivantes :

Indigent à la charge de la commune de...,
Malade payant par lui-même...
— présenté par la Société..
— par l'assurance
— par M.........

Dans le cas d'indigence, les médecins seront à l'hôpital ; dans les autres cas, il y aura fiction d'exterritorialité, les médecins seront considérés comme étant chez eux dans leur clientèle, et agiront en conséquence. Il en résultera que les termes employés par la loi reprendront leur signification vraie et que les intéressés paieront :

1° Des frais d'hospitalisation proprement dits :
2° Des frais médicaux ;
3° Des frais pharmaceutiques.

Qu'il me soit permis, en terminant cette étude, d'exprimer quelques vœux :

1° La profession médicale est respectable à l'égal des autres professions. La loi ne doit pas porter atteinte à la liberté de ses honoraires: l'exagération de ces derniers peut toujours être soumise à l'appréciation des tribunaux.

2° L'hôpital doit rester la maison de l'indigent, nul ne peut s'y faire soigner gratuitement, s'il n'est reconnu tel.

3° L'hôpital peut s'annexer une maison de santé. Dans ce cas, il sera soumis à toutes les règles administratives et commerciales.

4° Il ne faut pas être trop difficile envers les assurances et croire qu'elles ont le pouvoir d'accomplir des prodiges. Elles-mêmes ont trop laissé cette idée se propager. Elles doivent établir une échelle de primes, dont le premier échelon aurait pour base le tarif établi par les soins du ministre du commerce. Les patrons et les ouvriers pourraient supplémenter cette première prime, afin de pouvoir, en cas d'accident, laisser libre cours à la fantaisie du choix médical, fait par la victime.

5° Dans le but d'éviter tous les ennuis, les assurances devraient faire alliance entre elles, pour créer, dans les grands centres, des maisons de santé, où elles pourraient faire soigner leurs blessés par le médecin de la victime. Leurs médecins inspecteurs sauraient bien éviter les froissements entre confrères. Les malades les voyant à l'entrée, pourraient déjà les considérer un peu comme des amis et supporteraient bien mieux l'idée de la visite de renseignement prescrite par l'article 4 de la loi du 31 mars 1905.

6° Les médecins peuvent prendre leur part du conseil donné aux assurances. Le vent est aux groupements d'intérêts. Qui empêche les médecins de fonder, avec leurs propres capitaux, des maisons de santé ouvertes à tous les confrères, et organisées de manière à pouvoir donner satisfaction à toutes les bourses, dans tous degrés de l'échelle sociale. L'hygiène générale et le budget médical ne s'en porteraient pas plus mal.

Voves, le 15 décembre 1905.

Dr A. Lemercier,

Docteur en médecine, licencié en droit ;
Pharmacien de 1re classe des Facultés de Paris.

N. D. L. R. La très intéressante étude qu'on vient de lire reproduit et groupe tout ce qui fut déjà écrit sur cette question en des cas divers. Elle eût eu plus de valeur encore si l'auteur avait précisé la date de l'accident afin de montrer si les dispositions de la loi de 1905 lui étaient applicables.

Nous n'acceptons pas sans exception toutes les vues et conclusions de notre distingué correspondant ; mais nous ne l'en remercions pas moins d'avoir envisagé avec compétence tous les points d'une question qu'il nous faudra reprendre prochainement.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Histoire médicale d'une Société de Secours Mutuels. — Un exemple à imiter.

Monsieur le directeur,

L'exploitation du corps médical par les Sociétés de Secours Mutuels étant une question d'actualité, je vous demande l'autorisation d'exposer aux lecteurs du *Concours médical*, ce que j'appellerai l'histoire médicale d'une Société de Secours mutuels, persuadé que de nombreux confrères y trouveront des renseignements utiles et peut-être certains, du moins, un exemple à imiter.

Dinan, une ville de 10.000 habitants, possède une Société de Secours Mutuels comptant actuel-

lement 350 membres participants environ. Les membres ne sont pas tous des ouvriers, tant s'en faut : comme dans la plupart des sociétés de ce genre, on y voit de nombreux commerçants ou patrons aisés, des propriétaires.

Cette Société était prospère. Il y a un certain nombre d'années un généreux donateur lui légua par testament cent mille francs, qui, placés en rentes sur l'Etat, lui donnèrent un revenu annuel de trois mille francs. Aussi la Société fut réputée riche. Mais cette réputation de richesse provoqua sa ruine, car, ayant la somme de cent mille francs qui avait été léguée, les membres usèrent et abusèrent des soins médicaux et pharmaceutiques, si bien que, en présence de la diminution constante des excédents annuels, puis de l'accroissement des déficits annuels, la Société se voit réduite à la nécessité de faire des économies.

Mais comment faire des économies ? Telle fut la question que le Bureau de la Société eut à résoudre. Les médecins de Dinan furent tous convoqués à une réunion à l'effet de préparer une nouvelle organisation, d'accord avec le Bureau, du service médical. Le Bureau proposa ceci aux médecins présents. « Jusqu'ici les sociétaires malades avaient le droit de choisir leur médecin parmi tous les praticiens exerçant à Dinan. Les visites médicales étaient payées un franc ; la Société payait ainsi une moyenne annuelle de 1500 à 1600 francs d'honoraires médicaux.... A l'avenir les mutualistes n'auront plus la liberté de s'adresser au médecin de leur choix ; la Ville sera divisée en autant de quartiers que vous êtes de médecins actuellement à Dinan ; un médecin sera désigné pour chaque quartier, et sera obligatoire pour tous les Sociétaires habitant ce quartier. Comme honoraires, la Société vous donnera une somme annuelle globale fixe de mille francs laquelle sera divisée en autant de part égales que vous êtes de médecins. » Ces propositions furent acceptées ; en principe cependant aucun engagement ferme ne fut conclu.

Ainsi le médecin deviendrait obligatoire pour tous les sociétaires habitant le même quartier. Il allait devenir le domestique des mutualistes, car avec le système du prix fixe à forfaits, les mutualistes n'ayant pas à craindre d'augmenter les charges de la Société allaient faire marcher le médecin du quartier à toute réquisition de jour ou de nuit, souvent pour une indisposition légère ou un simple malaise ! En retour de cet esclavage, le médecin serait payé 60 ou 65 centimes la visite, les honoraires globaux étant réduits de 1500 ou de 1600 francs à 1000 par an, et les anciens honoraires de 1500 ou 1600 francs étant produits par des visites à un franc.

Je n'étais pas présent à la réunion, étant retenu à 8 km. de Dinan par un accouchement compliqué ; mais je le regrettai vivement en apprenant de mes confrères ce qui s'était passé.

Je m'en allai donc, en mon nom personnel, trouver séparément le Président et le Secrétaire de la Société de Secours mutuels. Je leur représentai : l'injustice commise en enlevant aux mutualistes le libre choix de leur médecin ; les ennuis qui allaient résulter de l'imposition à une famille d'un médecin qui pouvait ne pas convenir ; — les difficultés de toute sorte que provoquerait entre les médecins leur introduction dans la clientèle les uns des autres ; — le peu d'économie que ferait la Société, 500 à 600 francs par an ; l'abaissement ridicule du prix moyen de la visite médicale, qui pourtant n'était que de un franc, à 60 ou 65 centimes.

Je leur proposai ceci : décidez que, à l'avenir, le libre droit du médecin sera maintenu, mais que les frais médicaux ne seront plus à la charge de la Société, les sociétaires devant payer eux-mêmes leur médecin.

Ce système, ajoutai-je, aura des avantages multiples : 1° le libre choix du médecin par le sociétaire malade ; 2° la liberté laissée à tout médecin d'accorder ou de refuser ses soins aux sociétaires ; 3° une économie annuelle de 1500 à 1600 francs au lieu de l'économie de 500 à 600 francs qui résulterait des modifications projetées ; 4° une économie sérieuse sur les dépenses pharmaceutiques, les mutualistes n'ayant plus la tentation de s'adresser au médecin sans motif sérieux du moment où ils auraient à payer la consultation ou la visite, d'où une diminution importante du nombre des ordonnances médicales ; 5° l'avantage très appréciable laissé aux médecins de se faire payer par les sociétaires suivant le tarif local ordinaire, sans aucune réduction de prix.

J'eus le bonheur de rencontrer dans le Président et le Secrétaire de la Société de Secours Mutuels de Dinan des gens intelligents et conciliants. Ils comprirent et acceptèrent en principe mes propositions, et me promirent de les soumettre à l'Assemblée générale de la Société. J'en fis part également à mes confrères qui tous, sauf un, s'y montrèrent favorables. Une Assemblée générale des membres de la Société de Secours Mutuels les accepta définitivement.

Donc, depuis le 1er juillet 1902, la Société de Secours mutuels ne supporte plus les frais médicaux, mais elle paie les médicaments, et nous appliquons à chaque sociétaire le tarif local ordinaire afférent à sa situation de fortune, sans aucune réduction.

Résultats de cette innovation : nos honoraires pour soins donnés aux mutualistes de Dinan sont plus élevés d'un tiers ou de moitié qu'avant le 1er juillet 1902 : nous faisons payer nos visites 1 fr. 50 ou 2 fr., suivant que nous avons affaire à des ouvriers ou des patrons. La Société de Secours mutuels économise 1500 à 1600 francs de frais médicaux, elle économise aussi 500 francs en moyenne de dépenses pharmaceutiques, la moyenne annuelle des dépenses pharmaceutiques étant tombée de 1550 à 1000 francs depuis le 1er juillet 1902.

Médecins et Société de Secours mutuels trouvent donc leur avantage dans la nouvelle organisation. Les mutualistes n'en souffrent pas trop non plus car, en supprimant les frais médicaux, la Société a augmenté le taux de l'indemnité journalière. En souffrent seuls les exploiteurs, les paresseux, qui abusaient du médecin et du pharmacien, parce que avant le 1er juillet 1902 ils n'avaient à payer ni médecins, ni pharmaciens ; mais les paresseux ne sont pas dignes d'intérêt. Les pharmaciens se plaignent bien un peu de la diminution des ordonnances pour le compte de la Société de Secours mutuels, mais cette diminution ne porte que sur les ordonnances inutiles, que les exploiteurs arrachaient aux médecins, et c'est là un argument de valeur en faveur de la suppression des frais médicaux.

A titre de document, je citerai le tableau sui-

vant que j'ai dressé d'après les chiffres qui m'ont été obligeamment communiqués par l'ancien trésorier de la Société de Secours mutuels de Dinan (350 membres):

Année 1897

Frais pharmaceutiques	1.392.10
Frais médicaux	1.512
Excédent dans la caisse de la Société.	4.37

Année 1898

Frais pharmaceutiques	1.427.15
Frais médicaux	1.461
Excédent	616.10

Année 1899

Frais pharmaceutiques	1.268.80
Frais médicaux	1.464
Excédent	161.40

Année 1900

Frais pharmaceutiques	1.535.70
Frais médicaux	1.448
Déficit	1.681.59

Année 1901

Frais pharmaceutiques	2.140.38
Frais médicaux	2.067
Déficit	964.30

Année 1902

Frais pharmaceutiques	1.019.05
Frais médicaux (1er janvier au 1er juillet seulement)	730
Excédent dans la caisse de la Société	403

Année 1903

Frais pharmaceutiques	1.241
Excédent	1.619.23

Année 1904

Frais pharmaceutiques	983.05
Excédent	929.59

La suppression du service médical des Mutualités a été proposée au Congrès des Œuvres sociales tenu à Feyt-les-Manage (Belgique) par M. l'abbé Malherbe. En Belgique comme en France, on constate l'augmentation considérable et presque générale dans la plupart des Mutuelles, des frais médico-pharmaceutiques. Aussi l'abbé Malherbe estime qu'il est préférable de supprimer le service médical et pharmaceutique et d'augmenter plutôt l'indemnité journalière. (*Bulletin médico-chirurgical de Bruxelles.*)

J'approuve absolument les conclusions de l'abbé Malherbe, sauf en ce qui concerne la suppression du service pharmaceutique : selon moi, cette suppression est inutile car, ainsi que l'on peut s'en convaincre aisément en examinant le tableau ci-dessus, la suppression du service médical entraîne nécessairement une diminution importante du nombre des ordonnances médicales et, partant, des frais pharmaceutiques.

Ce qui est bon à faire en Belgique l'est également en France. Ce que nous avons obtenu à Dinan, de la Société de Secours mutuels, peut également être obtenu ailleurs. Aux médecins exploités par les Sociétés de Secours mutuels de se concerter et de mettre en demeure ces sociétés de supprimer le service médical. Je suis convaincu que, après entente avec les médecins, beaucoup de Sociétés seront disposées à supprimer le service médical, assurées qu'elles seront d'y trouver avantage et profit pour leur caisse. Et les médecins y trouveront ainsi leur compte, ce qui, à mon point de vue, est l'objectif principal.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Haquin.

Dinan, le 8 décembre 1905.

CHRONIQUE DU « SOU MÉDICAL »

Il paraît que, pour juger les choses médicales d'Algérie, il faut se placer à un point de vue tout spécial.

C'est bien ce que fait le confrère qui a signalé l'article ci-dessous dans le *Bulletin médical de l'Algérie*.

Pour nous, gens simplistes, nous tirons de cette lecture la seule conclusion suivante :

« Après l'exercice illégal de *la médecine*, le Gouverneur instaure l'exercice illégal de la pharmacie. »

Condamnation d'un médecin de colonisation pour exercice illégal de la Pharmacie.

Le tribunal de Sétif vient de rendre un jugement qui intéresse au plus haut point le corps des médecins de colonisation.

Notre confrère X....., de Y....., sur la plainte de M. Z...., pharmacien dans cette localité, vient d'être condamné à 500 francs d'amende et à 1 franc de dommages-intérêts envers la partie civile pour exercice illégal de la pharmacie. Le tribunal, dans une série d'attendus savoureux, et en se basant sur une autre série d'arrêts antédiluviens, a jugé que le fait de distribuer des médicaments, *même à titre gratuit*, dans les infirmeries indigènes et les consultations, constituait une infraction grave à la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Comme la plupart des médecins de colonisation, notre confrère, se conformant aux instructions du § 9 de la circulaire de M. le Gouverneur général sur le fonctionnement des infirmeries indigènes, avait cru bien faire en faisant venir directement de la pharmacie centrale de l'hôpital de Mustapha les médicaments et les objets de pansement qu'il distribuait gratuitement aux malades de son infirmerie.

Nous estimons qu'il est absolument nécessaire de régler au plus tôt cette question délicate des rapports des médecins de colonisation et des pharmaciens. Dans les localités où il n'y a pas d'officine, la question est vite réglée, et les infirmeries pourront s'approvisionner à la pharmacie centrale de l'hôpital de Mustapha : mais il faut compter sur la pré-

sence d'un pharmacien établi dans toutes les localités de quelque importance.

La question se pose donc ainsi : dans une localité où il y a une officine, le médecin de colonisation ne peut-il prendre ailleurs que chez le pharmacien de la localité les médicaments et objets de pansement nécessaires au fonctionnement de son infirmerie et de ses consultations dans les douars sans être accusé d'exercice illégal de la pharmacie et exposé à des poursuites judiciaires ? C'est là d'ailleurs le seul point intéressant aux yeux des pharmaciens.

La circulaire de M. le Gouverneur général, sur le fonctionnement des infirmeries, est cependant formelle. Nous la citons pour plus de clarté :

Les médicaments à employer dans les infirmeries indigènes, de même que ceux qui sont distribués dans les consultations gratuites, devront toujours *être demandés soit à l'hôpital civil du chef-lieu du département, soit à la pharmacie centrale de l'hôpital de Mustapha.*

Il nous semble qu'on ne peut être plus explicite.

La commande en sera faite par le maire ou l'administrateur sur les indications du médecin et la réception en sera contrôlée par ce dernier.

Ainsi donc, nous n'intervenons dans la commande qu'à titre consultatif, puisque ce sont les maires ou les administrateurs, seuls gérants des budgets communaux, qui signent les bulletins de commande de médicaments, et cependant c'est le médecin de colonisation qui sera poursuivi devant les tribunaux.

En cas d'urgence et pour les médicaments composés exigeant une préparation ou une manipulation dont le médecin ne peut se charger lui-même, on pourra s'adresser au pharmacien de la localité à qui le médecin délivrera un bon, visé, avant livraison, par l'autorité municipale.

Il est facile de voir, par ce qui précède, que le service pharmaceutique des infirmeries a été réglé en entier. Ce règlement prévoit même l'intervention du pharmacien dans le cas d'une préparation difficile. C'est ce dernier paragraphe qui, à notre avis, a été mal interprété par le tribunal. Nous ne voyons pas en effet, la difficulté de la manipulation qui consiste à mettre 50 grammes d'iodure de potassium dans un litre d'eau, ou bien à incorporer 10 grammes d'oxyde de zinc à 100 grammes de vaseline.

Néanmoins, pour les infirmeries, généralement situées dans le chef-lieu de la circonscription médicale, habité également par le pharmacien, la combinaison est facile : le pharmacien fournira les médicaments et les objets de pansement et sera chargé d'assurer le service pharmaceutique de l'infirmerie.

Le médecin, dans ce cas, n'aura plus que le service médical proprement dit : il se débarrassera sans regret de l'obligation de préparer des drogues, mais ce sera aux dépens du budget de l'infirmerie, car il est impossible qu'un pharmacien puisse faire les mêmes prix que la pharmacie centrale de l'hôpital de Mustapha. D'autre part, on ne peut l'obliger à assurer gratuitement le service : toute peine mérite évidemment salaire.

Tous les médicaments seront donc fournis par le pharmacien. Mais comment faire alors pour les consultations gratuites dans les douars ?

Il est évident que ce qui est taxé d'exercice illégal de la pharmacie au chef-lieu de la circonscription va l'être dans toute la circonscription.

La loi qui régit l'exercice de la pharmacie a bien prévu que : « *Quand il n'y a pas de pharmacien dans un rayon de dix kilomètres, le médecin peut faire de la pharmacie.* » Mais il a été jugé par la Cour de cassation (16 octobre 1844, l'arrêt ne date donc pas d'hier) qu'un médecin habitant une commune où se trouve un pharmacien n'a pas le droit de distribuer des médicaments aux malades dans les communes circonvoisines où il n'y a pas de pharmacien.

Les médecins de colonisation seront donc obligés de s'approvisionner chez le pharmacien, et ils iront dans les douars, véritables courtiers en médicaments, avec des potions, des collyres, des pommades préparés d'avance par le pharmacien. Suivant la maladie, ils distribueront tel ou tel pot, tel ou tel flacon, sans tenir compte de l'âge, du sexe et du tempérament du malade.

Le médecin pourra, il est vrai, délivrer des bons de médicaments à fournir par le pharmacien, mais un exemple permet facilement de se rendre compte des difficultés de cette pratique.

Pour notre compte personnel, nous assurons le service de deux consultations hebdomadaires à Aïn-Kercha (à 18 kilomètres d'Aïn-M'Lila) et au marché des Oulad-Sellem (à 30 kilomètres d'Aïn-M'Lila). Pouvons-nous obliger les indigènes à faire 36 kilomètres dans un cas, 60 kilomètres dans un autre, pour venir chercher chez le pharmacien les médicaments prescrits le jour de la consultation ?

C'est, à bref délai, la mort de toutes les consultations gratuites établies dans les douars avec tant de peine, et qui avaient donné de si beaux résultats. L'Indigène, avec son esprit simpliste, voit dans le médecin celui qui lui apporte le remède guérisseur de ses maux. Le jour où il ne sera plus sûr de trouver en même temps le médecin et le médicament, il désertera les consultations et s'adressera aux empiriques indigènes pour lesquels les rigueurs de la loi ne sont pas faites, ou bien il viendra, le jour de marché, trouver le pharmacien, qui lui délivrera, sur sa demande et le plus souvent *sans ordonnance*, une certaine quantité de médicaments plus ou moins appropriés à son cas, quand ils ne seront pas quelquefois nuisibles, mais moyennant des espèces sonnantes et trébuchantes.

Si nous envisageons maintenant la création, à l'ordre du jour, du corps des auxiliaires médicaux indigènes, nous voyons que le projet est tué dans l'œuf. Le rapport complémentaire de la Commission désignée pour s'occuper de la création des auxiliaires médicaux indigènes a prévu une nomenclature de médicaments qui devront être mis à leur disposition dans les douars. Ce qui est exercice illégal de la pharmacie pour le médecin de colonisation, le sera *a fortiori* pour son auxiliaire indigène qui offre moins de garanties. L'auxiliaire indigène privé de sa pharmacie d'urgence et obligé de formuler une prescription qui devra être exécutée par un pharmacien n'a plus sa raison d'être.

Notre vieux camarade Ramigeon, président du Syndicat des pharmaciens du département d'Alger, est d'ailleurs de cet avis. Dans une lettre adressée au professeur Soulié, rédacteur en chef du *Bulletin Médical*, lettre parue sous la rubrique : *Les droits des pharmaciens* (1), il affirme nettement que : « d'après « la loi, nul n'a le droit d'exercer la pharmacie s'il « n'est muni du diplôme de pharmacien : peu im- « porte que les médicaments soient distribués gra- « tuitement ou à titre onéreux, que ces médicaments « soient de l'acide borique, de la quinine, du nitrate « d'argent ou du sulfate de magnésie, celui qui les « délivre sans être muni du diplôme de pharmacien « commet un délit et tombe sous le coup de la loi, « cela est indiscutable. »

Et en terminant il ajoute : « Le Syndicat des phar- « maciens du département d'Alger, dont j'ai l'hon- « neur d'être le président, est disposé à faire res- « pecter intégralement la loi sur l'exercice de la « pharmacie ; il n'hésitera pas à poursuivre tous « ceux qui, non munis du diplôme de pharmacien, « feront œuvre de pharmacien. »

C'est une véritable déclaration de guerre.

En résumé, il importe que nos délégués s'emploient activement à régler cette question délicate entre toutes, puisque nous sommes exposés à être traduits devant les tribunaux alors que nous ne faisons qu'obéir strictement aux instructions de l'autorité supérieure.

Les pharmaciens, de leur côté, représentés par leurs syndicats, se sont émus parce qu'ils cessaient

(1) Voir *Bulletin médical de l'Algérie*, nº 11 du 15 juin 1905, page 379.

d'être les intermédiaires entre le producteur et le consommateur. Ils déclarent être privés de l'exercice de leurs droits et, avec un accord louable que nous serions heureux de constater à l'occasion chez les médecins, ils sont entrés en campagne pour la défense de ces droits.

Il est évident que lorsque notre confrère X... a été condamné, ce n'est pas lui qui a été directement visé ; c'est M. le Gouverneur général qu'on a espéré atteindre par-dessus sa tête,

Aux termes stricts de la loi, peuvent être également poursuivis les maires et administrateurs qui délivrent gratuitement ou à prix réduits des flacons de quinine et des purges, les instituteurs qui ont presque tous à leur disposition des pharmacies scolaires, tous ceux enfin qui délivrent des médicaments sans diplôme. Nous ne voyons pas ce que deviennent alors les récentes circulaires prescrivant des distributions préventives d'acide borique et de quinine contre les ophtalmies et les fièvres paludéennes. Une exception est faite pourtant par le tribunal de Sétif dans un des nombreux attendus de son fameux jugement, attendus que nous tenons à citer :

« Attendu que si les sœurs de charité desservant « des hospices dépourvus de pharmaciens, sont au- « torisées à préparer certains remèdes désignés « dans la pharmacie sous le nom de magistraux, « c'est-à-dire médicaments dont la préparation est « simple et n'exige pas des connaissances pharma- « ceutiques, *cette faculté ou tolérance n'a jamais été « étendue aux médecins.* » Probablement parce que nous sommes beaucoup moins aptes à manipuler les médicaments que les bonnes sœurs.

Nous pensons qu'il y a un moyen de tout concilier : que la fourniture des médicaments et des objets de pansement soit accordée aux pharmaciens, qu'ils redeviennent les intermédiaires commissionnés entre le producteur et le consommateur et personne ne parlera plus d'exercice illégal de la pharmacie, même s'il arrive au médecin de colonisation et à ses auxiliaires indigènes de préparer une potion ou une pommade dans une consultation indigène.

Maintenant, s'il est bien établi que le pharmacien seul a le droit de manipuler et de distribuer des médicaments, même dans un rayon de 40 kilomètres, qu'on supprime le corps des médecins de colonisation devenu inutile et qu'on le remplace par un corps de pharmaciens de colonisation. Reste à savoir si ces messieurs accepteront facilement la création d'un corps d'auxiliaires indigènes en pharmacie.

Dans tous les cas, nous espérons que l'on arrivera promptement à une entente que nous souhaitons et qui mettra fin à cette situation préjudiciable au bon fonctionnement de l'œuvre d'assistance indigène qui, quoiqu'on en dise, est le plus puissant moyen d'assimilation. C'est à cette œuvre que s'est dévoué avec tant de cœur M. le Gouverneur général auquel nous sommes heureux de rendre hommage.

Dr F. Creutz,
Médecin de consulsation à Aïn-M'Lila.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès international d'Assistance publique et privée qui se tiendra à Milan (Italie) au printemps de 1906, sous le haut Patronage des Comités qui ont obtenu des Grands prix aux Expositions de Saint-Louis (1904) et de Liége (1905). — L'initiative du Congrès de Milan étant partie de Paris, la France se doit à elle-même d'y être convenablement représentée.

L'adhésion ne sera pas sans utilité pour les personnes que leurs occupations empêcheront de se rendre en Italie au mois de mai prochain ; contre le versement de la cotisation de vingt francs, elles recevront non seulement le bulletin préparatoire de ce Congrès, dont 5 numéros sont déjà parus, mais aussi le compte rendu complet des séances et la collection des rapports comprenant des travaux originaux de notabilités du monde entier sur les cinq questions de l'ordre du jour.

Ces questions ont trait :

A l'assistance des étrangers ;

A l'éducation des auxiliaires bénévoles de l'assistance publique ou privée ;

A la protection de la jeune fille et de la femme isolée ;

A la lutte contre la mortalité infantile ;

A l'évolution sociale qui tend à substituer progressivement la prévoyance à l'assistance.

En outre, le Congrès publiera une statistique internationale et rétrospective de l'assistance dans les grandes villes.

Les *adhérents* et *adhérentes* qui pourraient disposer d'un mois ne profiteront pas seulement des facilités de communication accordées pour se rendre à Milan, ville nouvellement desservie par la voie ferrée du Simplon, et pour visiter son exposition internationale, des réductions sur les chemins de fer leur seront accordées pour excursionner en Italie, notamment pour un voyage circulaire permettant de visiter en vingt jours les principaux établissements d'assistance du Royaume.

Pour donner un aperçu de ce voyage d'étude et d'agrément, dont les dernières dispositions restent à régler, il suffit de faire connaître que, moyennant le prix à forfait de 330 fr., on sera défrayé de toutes dépenses d'hôtels, voitures, gondoles d'excursion, compris les divers pourboires et la rémunération des guides, du 27 mai au 17 juin, à Milan, Venise, Bologne, Florence, Fiesole, Rome, Caserte, Naples Sorrente, Pompei, Battipaglia, Messine, Taormina, Catane, Palerme, Tivoli, Sienne, Pise, Gênes et Turin.

On sait d'autre part que le Congrès se tiendra du 23 au 27 mai. Durant cette période, tout adhérent pourra trouver à Milan le logement et la nourriture (trois repas) dans les hôtels désignés par le Comité, à partir de 9 fr. 25 par jour, compris lumière et service.

La cotisation de 20 francs doit être envoyée, avec l'adhésion, au Trésorier du Congrès International d'Assistance *Palazzo Municipale Milan* (Italie),

Les collectivités peuvent adhérer comme les individus. Les gouvernements s'y feront représenter; les villes, les départements, les établissements publics, les œuvres charitables y sont également invités.

Si vous voulez vous épargner la peine de prendre un mandat-poste international, vous pourrez adresser le montant des adhésions recueillies par vos soins, en un chèque ou en toute autre valeur sur Paris, à M. Rondel, secrétaire du Comité International, 161, Boulevard Murat (XVIe), qui se chargera de les transmettre collectivement.

Vu :

Le Président du Comité National,

Casimir Périer.

La grève des infirmiers.— Il vient de couler des flots d'encre à ce sujet : les vieux clichés d'humanité qui avaient déjà servi dernièrement pour les internes de Bordeaux ont été repris avec ensemble. Tout en restant ennemis des violences, nous ne pouvons nous empêcher de crier que l'on parviendrait bien à faire un sort meilleur à nos modestes collaborateurs des hôpitaux, et aux malades eux-mêmes, si ceux qui dirigent et contrôlent l'Assistance publique ne la livraient pas à leurs électeurs influents, aux riches Compagnies, et à tous les payants, ainsi nommés sans doute parce qu'ils payent une trop minime partie de ce qu'ils coûtent à l'établissement hospitalier.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année | N° 2 | 14 JANVIER 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

SOU MÉDICAL

Réunion du Conseil d'administration du 28 décembre 1905.

Présents : MM. Maurat, A. Gassot, De Grissac, Vimont, Jeanne, Diverneresse : Me Gatineau avocat-conseil,

Excusés : MM. L. Gassot, Bellencontre.

Le trésorier fait part des déceptions, des négligences et même des mauvaises volontés qu'il rencontre trop souvent dans sa pénible tâche du recouvrement des cotisations.

Parmi ceux qui laissent revenir leurs quittances impayées, on est stupéfait de rencontrer tels et tels des Sociétaires pour qui le « Sou Médical » s'est prodigué de toute façon.

D'autres cessent leurs versements, puis, un beau jour, devant quelque danger, les reprennent en faisant mine d'avoir seulement oublié.

D'autres, encore, que l'on était fondé à croire des mieux renseignés, envoient l'ancienne cotisation de 18 fr. quand la poste leur réclame la nouvelle, qui est de 20 fr. depuis l'avant-dernière assemblée générale.

En présence de la variété des procédés qui s'emploient pour créer des irrégularités inadmissibles, le Conseil vote à l'unanimité la décision suivante :

Vu les statuts et le règlement intérieur voté à l'assemblée générale de 1905 ;

L'appui et les conseils du « Sou Médical » ne pourront plus être accordés à tout membre qui, pour quelque motif que ce soit, n'aura pas versé au 31 mars, sa cotisation de 20 fr. pour l'année en cours.

M. le Dr Jeanne fait connaître qu'un prochain numéro du « *Concours médical* » sera envoyé à tous les médecins de France, par application des décisions des dernières assemblées générales sur la campagne électorale à faire pour le libre choix du médecin par les mutualistes et par les victimes du travail.

Divers documents, qui prouvent combien la loi de 1905 est mal respectée par les responsables à l'égard de ce droit des accidentés du travail, sont mis sous les yeux du Conseil par MM. de Grissac et Diverneresse.

A propos de l'une de ces affaires, qui doit être exposée, en même temps qu'ici, au Syndicat de l'arrondissement de Versailles, au Syndicat de la Seine, et à l'Union des Syndicats médicaux, le « Sou médical » vote à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat du « Sou médical », après avoir pris « connaissance des documents relatifs aux agissements d'un Syndicat de garantie tendant à empêcher le blessé Broutin d'user de son droit de « prendre un médecin de son choix au lieu de celui « de la Compagnie qui avait commencé les soins ;

« Estime que ces faits constituent la tentative de « délit visée et prévue par le paragraphe 3 de l'article 30 de la loi de 1898-1905 ;

« Décide en conséquence d'en appeler auprès de « M. le Procureur général de la décision de classement prise par le Parquet du Procureur de la République de la Seine, de lui signaler la tentative « commise, et d'insister pour qu'il fasse appliquer la « loi :

« *Se réservant, au cas où il ne serait pas donné à* « *l'affaire la suite qu'elle comporte, d'en saisir les* « *chambres par voie de pétition ou par interpellation* « *d'un ou plusieurs représentants du Corps médical* « *au Parlement.* »

Le Conseil examine ensuite l'état des affaires Dr D. à L., Dr Ch., à B., Dr D. à R., Dr D. à F.-I.-C., Dr G. à S., Dr C. M. à P. Il ouvre un crédit de 100 fr. pour l'une d'elles à fin d'enquête nécessaire ; il arrête pour une autre que l'indemnité promise sera versée à présentation du jugement obtenu ; il décide qu'une troisième sera plaidée par Me Gatineau en personne. Les autres seront réglées ou suivies par le Secrétaire général suivant indications votées par le Conseil.

La séance est levée à six heures.

Le Secrétaire général. — *Le Président.*

Dr De Grissac. — Dr A. Maurat.

ASSOCIATION AMICALE MALADIE

Séance du 28 décembre 1905.

Présents : MM. Maurat, H. Cézilly, Lepage, Mignon, A. Gassot et Jeanne.

Le Conseil examine les dossiers de maladie et vote les indemnités suivantes :

		Fr.	
6	P..., 3 mois	300	»
56	L..., 40 jours	480	»
80	P..., 3 mois	300	»
85	P..., 54 jours	540	»
147	S..., 3 mois	300	»
150	V..., 3 mois	300	»
173	G..., 3 mois	300	»
179	C..., 3 mois	300	»
186	C..., 2 mois + 23 jours chr	276	60
238	C..., 3 mois	300	»
284	C..., 64 jours	213	30
286	L..., 3 mois	300	»
343	L..., 18 jours (décédé)	180	»
353	S..., 20 jours	200	»
362	B..., 3 mois	300	»
372	H..., 3 mois	300	»
377	B..., 3 mois	300	»
393	B..., 7 jours	70	»
421	B..., 3 mois	300	»
434	C..., 60 jours + 2 jours chr	606	65
436	R..., 1 jour aigu et 105 jours chr.	360	»
466	L..., 43 jours	430	»
492	C..., 14 jours chr	46	60
501	F..., 1 mois et 18 j. chr. (décédé)	159	95
539	B..., 31 jours + 2 mois chr	510	»
568	D..., 15 jours	150	»
606	B..., 26 jours	260	»
647	B..., 5 jours	50	»
653	D..., 11 jours	110	?
664	L..., 8 jours	80	»
719	B..., 15 jours chron	50	»
721	T..., 45 jours	450	»
723	L..., 17 jours	170	»
799	L..., 26 jours	260	»
847	D..., 1 mois et 15 j. chr	150	»
853	D..., 4 mois et 24 j. chr	479	90
885	G..., 5 jours	50	»
912	H..., 2 mois et 7 j. chr	223	30
929	R..., 5 jours	50	»
970	M..., 60 j. + 28 j. chr	693	25
991	O..., 9 jours	90	»
992	C..., 34 jours	340	»
1039	H..., 17 jours	170	»
1048	C..., 20 jours	200	»
1107	G..., 10 jours	100	»
1116	P..., 11 jours	110	»
1129	A..., 32 j. + 1 mois et 9 j. chr	419	95
1140	C..., 24 jours	240	»
1151	B..., 12 jours	120	»
1168	B..., 60 j. + 4 j. chr	613	30
1177	G..., 39 jours	390	»

Le no 653, frappé d'une amende supérieure à son indemnité, ne recevra rien.

Le Conseil décide que, huit jours avant la réunion, le secrétaire rappellera à tout malade irrégulier dans ses déclarations en cours de traitement, qu'il doit fournir sans délai des nouvelles et un certificat, de façon, à ce que le Conseil soit renseigné à la séance où il vote les indemnités.

Le Conseil prononce ensuite les admissions ci-dessous :

Combinaison A.

M. Leroy, à Marquise (Pas-de-Calais).
Mlle Couingt, à Bordeaux (Gironde).
MM. Lert, au Grau-du Roi (Gard).
Blayac, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
Guichot, à Ponson-Dessus (Basses-Pyrénées).
Parienté, à Oran (Algérie).
Bourggraff, à Hussigny (Meurthe-et-Moselle).
Dunis, à Bou Sfer (Oran).
Chanfreau (conditionnellement), à Pointis-Isnard (Haute-Garonne).
Ballan, à Gironde (Gironde).
Puech, à Nîmes (Gard).
Choussaud, à Chouzy (Loir-et-Cher).
Devars, à Romans (Drôme).
Plantard (conditionnellement), à Villiers-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Fontanille, à Gourdon (Lot).
Bastarel, à Renau't (Oran).
Versepuy, à Chevreuse (Seine-et-Oise).

Combinaison C.

MM. Madeleine, à Saint-Pierre-sur-Dives (Calvados).
Thadée, à Saint-Paul Cap-de-Joux (Tarn).
Parant, à Toulouse (Haute-Garonne).
Meyer, à Paris.
Garrigues, à Rodez (Aveyron).

Le Secrétaire des séances, — *Le Président,*

Dr Jeanne. — Dr Maurat.

LA SEMAINE MÉDICALE

La préservation contre l'infection syphilitique.

MM. Metchnikoff et Roux viennent de publier, dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (n° 11, 1905, p. 690), le résultat d'expériences d'un puissant intérêt.

Un chimpanzé a été inoculé aux deux arcades sourcilières avec du virus prélevé sur les chancres indurés de deux personnes atteintes de syphilis. Trois quarts d'heure après, les parties inoculés ont été frictionnées pendant dix minutes avec de l'onguent mercuriel double (mercure, 100 grammes, axonge benzoïnée 100 grammes).

Ce traitement a produit du côté gauche une irritation, puis une inflammation locale de l'arcade sourcilière. Quelques jours après l'inoculation, cette partie s'est couverte d'une escarre sèche qui est tombée plus tard. Cependant il ne s'est produit d'accident syphilitique d'aucun côté. Ce résultat ne peut pas être attribué à l'inefficacité des virus inoculés, car un second chimpanzé, qui a reçu, le même jour, les mêmes virus humains aux mêmes endroits, a présenté après une incubation de 28 jours, des chancres syphilitiques très développés aux deux arcades sourcilières. Ce n'est pas la forte irritation de la partie frictionnée qui a empêché l'éclosion du chancre, car l'arcade sourcilière droite du chimpanzé s'est montrée aussi indemne que la gauche, bien que la friction n'ait déterminé sur elle ni inflammation ni escarre.

Le peu de jours écoulés entre l'inoculation du virus et la formation de l'escarre à l'arcade gauche, ainsi que l'aspect de la lésion et l'absence d'adénopathie, auraient suffi pour affirmer qu'il ne s'agissait point d'une affection syphilitique. Mais, pour plus de sûreté, on a pratiqué, quarante-neuf jours après la première, une seconde inoculation du virus humain au même chimpanzé. On lui a inoculé, aux deux arcades sourcilières et à la verge, du virus venant des chancres indurés de la verge et de la lèvre inférieure de deux personnes syphilitiques. Trente jours après cette inoculation (c'est-à-dire soixante-dix-neuf jours après la première), il s'est développé à l'arcade gauche un chancre induré des plus typiques, suivi six jours après de l'hypertrophie du paquet ganglionnaire de la région post-auriculaire gauche. Deux chancres de la verge des plus typiques n'ont apparu que neuf jours après celui de l'arcade sourcilière, ces chancres ont donné lieu à la tuméfaction des ganglions inguinaux. Environ un mois après le début de l'accident primaire il s'est montré, sur la lèvre supérieure, une plaque muqueuse caractéristique.

Cette expérience prouve suffisamment que le virus de la première inoculation a été détruit par le mercure, sans donner lieu à la moindre immunité contre une inoculation subséquente de la syphilis.

Un macaque a subi le même traitement que le chimpanzé. Il a été inoculé d'abord aux deux arcades sourcilières avec du virus d'homme et, une heure après, il a été frictionné, aux mêmes endroits, avec la même pommade mercurielle Le lendemain, de petites croûtes sèches se formèrent aux arcades, mais il ne s'est produit aucun accident syphilitique.

La pommade mercurielle est donc capable d'enrayer les manifestations syphilitiques, lorsqu'elle a été employée une heure après l'inoculation du virus, mais elle présente l'inconvénient d'être trop irritante. Aussi Metchnikoff et Roux ont-ils recherché d'autres préparations mercurielles pouvant donner de meilleurs résultats. Ils ont choisi le calomel, dont l'emploi local est si répandu en thérapeutique.

Un chimpanzé a été inoculé aux deux arcades sourcilières avec du virus de chancres indurés de deux personnes syphilitiques. Une heure trois quarts après, les parties inoculées ont été frictionnées pendant cinq minutes avec une pommade composée de 10 parties de calomel et de 20 parties de lanoline. L'animal est mort trente-deux jours plus tard de broncho-pneumonie, sans présenter d'accident syphilitique. Un macaque traité exactement de la même façon a vécu cent dix jours depuis le début de l'expérience. De même que le chimpanzé, il est resté indemne et n'a présenté aucune lésion due, soit à l'irritation de la pommade, soit au virus inoculé.

Un cynocéphale a été inoculé aux deux arcades sourcilières avec du virus de chancre induré de la verge de deux sujets syphilitiques. Une heure après l'inoculation, les deux arcades ont été frottées avec de la pommade au calomel. Le lendemain, ces parties ont été trouvées rouges, et les traces des scarifications inoculatrices étaient bien visibles. Mais il ne s'est pas produit d'inflammation, et les arcades guérirent en très peu de temps. Aucun accident syphilitique ne s'est développé dans l'espace de deux mois, tandis que, chez le cynocéphale témoin, inoculé avec les mêmes virus et laissé sans traitement, l'arcade gauche a manifesté, après une période d'incubation de quarante jours, un chancre des plus typiques.

Deux mois après la première inoculation, le cynocéphale traité a été de nouveau inoculé aux deux arcades sourcilières avec du virus de chancres syphilitiques d'homme. Vingt-quatre jours plus tard, il a présenté aux endroits inoculés deux points rouges, d'abord peu caractéristiques, mais qui, plus tard, ont pris l'aspect typique d'un accident primaire. Cette inoculation d'épreuve confirme le fait que la pommade au calomel a entravé l'action du virus de la première inoculation.

Dans une autre expérience, trois macaques ont été inoculés aux deux arcades sourcilières avec du virus de chancre induré de la verge de deux hommes atteints de syphilis. Un des macaques a été réservé comme témoin, tandis que les deux autres ont subi, une heure après l'inoculation, le traitement local avec de la pommade au calomel. Le témoin eut, aux deux arcades, des chancres typiques après vingt-huit jours d'incubation, tandis que les deux autres sont restés indemnes pendant les soixante-huit jours que dura l'expérience.

Ainsi, si une heure après avoir inoculé la syphilis à un singe, on pratique au point inoculé une friction avec une pommade mercurielle, l'animal n'est pas infecté.

Les hommes qui s'exposent à des contacts suspects pourraient peut-être éviter la contamination en frottant avec une pareille pommade la région du corps souillée. L'attention des médecins doit être attirée sur ce fait.

La rhino-pharyngite chez les enfants.

D'après M. le Dr Le Marc'hadour, dans la *Presse médicale*, un des meilleurs procédés pour le traitement de la rhino-pharyngite des enfants consiste à introduire trois ou quatre fois par jour dans les narines, des tampons, effilés en pointe, d'ouate hydrophile trempés dans la vaseline boriquée. L'enfant éternue d'abord, puis supporte le contact de l'ouate, renifle et la vaseline pénètre dans les fosses nasales jusqu'à la cavité pharyngée.

A la vaseline boriquée on peut joindre des substances astringentes telles que l'alun, le tannin et surtout l'antipyrine :

Vaseline..................	20 grammes.
Acide borique..............	1 —
Antipyrine......... 0,50 à	1 —

suivant l'âge.

On peut encore employer l'huile mentholée, surtout chez les enfants qui ne supportent pas les tampons ou ne se les laissent pas introduire (Comby). A ces enfants, on instillera donc matin et soir, dans chaque narine, une ou deux gouttes de la mixture suivante :

Huile d'amandes douces..	4 grammes.
Menthol........... 0,15 à	0 gr. 50

Aux enfants plus grands, on peut faire priser des poudres :

Aristol..................	5 grammes.
Lactose..................	5 —

ou bien :

Acéto-tartrate d'alumine..	4 grammes.
Lactose..................	6 —

En même temps, on emploie encore localement les vaporisations et les pulvérisations naso-buccales tièdes avec l'eau boriquée ou salée, avec les eaux d'Enghien, de Challes, du Mont-Dore.

Ces moyens suffisent dans la grande majorité des cas. Si leur effet se faisait attendre, on pourrait agir directement sur la paroi pharyngienne par des badigeonnages avec de la glycérine iodée (parties égales), ou avec la solution suivante :

Iode pur.....................	0 gr. 25
Iodure de potassium.........	2 grammes.
Glycérine....................	20 —
Essence de menthe poivrée...	IV gouttes.

deux, puis une fois par semaine, à l'aide d'un tampon d'ouate enroulé autour d'une tige recourbée de façon qu'on puisse pénétrer derrière la luette, on pratique de simples attouchements du naso-pharynx, on fait avec le tampon des frictions énergiques qui contribuent puissamment au dégonflement et à la décongestion de la muqueuse.

Comme la plupart de ces enfants sont des lymphatiques, il est indiqué d'instituer en même temps un traitement général dont l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, une bonne alimentation, formeront la base.

La durée de l'isolement dans les maladies contagieuses.

Dans sa thèse de doctorat, M. le Dr *Laloy*, de Lyon, a étudié la durée de l'isolement dans les diverses maladies contagieuses.

L'isolement doit commencer le plus tôt possible, sitôt le diagnostic posé, et s'étendre aux cas frustes qui servent de liaison ou d'introduction aux épidémies.

Il doit cesser aussi le plus tôt possible, dès que le malade n'est plus contagieux. Prolongé au-delà de ces limites, non seulement il entraîne des frais inutiles, mais surtout il devient nuisible pour les malades qu'il expose aux inconvénients de l'encombrement et aux contagions secondaires.

L'auteur étudie la durée de l'isolement dans chaque affection en particulier :

Dans la *scarlatine*, la contagion existe avant la période d'éruption. Elle se termine le plus souvent avec l'angine ; « les squames de la convalescence ne paraissent servir de véhicule à la contagion que parce qu'elles sont souillées par les produits bucco-pharyngés ».

La persistance de l'agent contagieux dans les cavités buccale et nasale expliquerait les contagions tardives qui sont d'ailleurs rares. En pratique, on gardera le malade isolé tant que son état nécessitera des soins médicaux (un mois) et il ne sera libéré qu'après avoir subi de soigneux nettoyages désinfectants de la gorge et de la surface cutanée.

Dans la *rougeole*, le malade est contagieux bien avant l'éruption. La contagiosité cesse avant la fin du catarrhe oculo-nasal et des manifestations bronchiques.

Dans la *variole*, la contagiosité commence dès l'apparition des premiers symptômes et ne finit qu'après la chute des dernières croûtes.

Pour la *diphtérie*, on doit isoler dès que cliniquement on peut la soupçonner, et on devrait faire durer l'isolement tant qu'il y a du bacille sur les muqueuses. Pratiquement, trois semaines au maximum.

Pour les *oreillons*, il est impossible de limiter la durée autrement que par une moyenne : cinq à dix jours après la cessation de tout symptômes.

Dans la *fièvre typhoïde*, le début de la contagiosité est impossible à préciser : l'isolement s'impose dès qu'on soupçonne l'affection.

Dans les *dysentéries*, l'isolement doit être précoce et s'étendre aux frustes. Il sera utile de le continuer quinze à vingt jours après le début de la convalescence.

Dans la *peste*, l'isolement doit être précoce et rigoureux. Il doit viser surtout les cas de pneumonie pesteuse qui peuvent se confondre si facilement avec la pneumonie ordinaire.

Pour le *choléra*, isolement tant qu'il y a du bacille virgule dans les selles.

Dans la *grippe*, il serait utile d'isoler précocement, et jusqu'à cessation des symptômes pathologiques (coryza, toux).

Dans la *coqueluche*, isolement cellulaire jusqu'à cessation des symptômes pulmonaires.

On doit agir de même dans les *broncho-pneumonies*.

Dans la *tuberculose*, en principe, l'isolement est nécessaire tant que le malade présente des lésions ouvertes.

Fin de la Teigne.

Monsieur le Rédacteur en chef,
et cher confrère,

Dans le n° 51 du *Concours médical*, du 23 décembre 1905 (page 825), je lis un article intitulé : « Fin de la Teigne », relatant le traitement que le docteur Sabouraud emploie avec succès contre cette maladie.

Je tiens à faire connaître, à mon tour, à mes confrères, celui dont je me sers depuis près de trois ans et qui en moins d'un mois amène la guérison radicale de cette hideuse affection.

Voici en quoi il consiste :

Tous les jours, après un savonnage à l'eau tiède et séchage au linge, je fais frictionner les plaques de teigne et leur pourtour avec une brosse à dents, chargée d'une pommade dont voici la formule :

Pommade de goudron.. } ãã 100 grammes.
Huile camphrée....... }
Soufre................ } ãã 10 grammes.
Carb. de potasse pulv... }
F. S. A.

Plusieurs centaines de cas ont guéri en peu de jours par l'emploi de cette méthode. Aucun ne s'est montré rebelle à ce traitement.

Veuillez agréer, très cher confrère, mes salutations confraternelles.

Dr PERETTI,
Ain-Temouchent (Algérie).

N. D. L. R. — *De la discussion vient la lumière.*

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur DIEULAFOY.

Labialite syphilitique tertiaire hypertrophique et invétérée.

Le malade qui fait l'objet de cette leçon, est entré à l'Hôtel-Dieu le 9 octobre dernier, pour une bronchite aiguë banale. L'intérêt de son observation réside non pas dans ses troubles thoraciques, mais dans l'hypertrophie énorme de la lèvre inférieure qu'il présentait. Comme on le questionnait à ce sujet, il nous répondit : « Je ne viens pas à l'hôpital pour cela ; j'ai cette affection de la lèvre depuis 7 ans passés et je ne m'en occupe plus, les traitements nombreux et prolongés que j'ai faits n'ayant donné aucun résultat. »

Le diagnostic de l'état labial n'offrait pas de difficultés. On trouvait sur le front, sur la face, des cicatrices gaufrées, blanchâtres, indiquant déjà la qualité de la maladie. D'ailleurs, quand on voit une telle lèvre, énorme, infiltrée, sans nodosités, sans indurations, véritable lèvre de tapir, on pose le diagnostic avant d'interroger le patient. La lèvre inférieure était le siège d'une infiltration en masse, de consistance semi-rénitente, semi-élastique. Au premier coup d'œil, nous nous sommes dit : c'est de la labialite syphilitique tertiaire, du syphilome diffus des lèvres.

La langue était indemne, de même que la face interne des joues et la gorge. J'insiste là-dessus. Nous allons voir, en effet, que, généralement, la labialite est associée à de la glossite, à une langue fissurée, parquetée, hypertrophiée, avec ou sans syphilides tertiaires de la joue.

On ne découvrait aucun processus tertiaire, ni aux narines, ni sur le menton. Je vous dirai tout à l'heure que, parfois, le syphilome diffus en question intéresse la lèvre inférieure et le menton, pour donner au facies un aspect particulier, rappelant le museau de la tête du lion et appelé *léontiasis*.

Chez notre malade, les lèvres — la lèvre inférieure surtout — étaient seules prises.

Le diagnostic s'imposait. Restait à le compléter.

Le patient, âgé actuellement de 33 ans, a contracté la syphilis en 1898. Il eut à cette époque un chancre et des accidents secondaires. Peu de temps après, alors que le chancre était à peine guéri, il présenta des syphilides ulcérées qui labourèrent le front, les joues, les narines et dont nous voyons aujourd'hui les cicatrices. Une semblable histoire pathologique nous a donné l'impression d'une syphilis maligne précoce.

Six mois après le chancre, la labialite débuta à la lèvre inférieure. La labialite, vous le savez, est une lésion essentiellement tertiaire : cela prouve, une fois de plus, que le tertiarisme peut être l'apanage de la première année, que dis-je, des premiers mois de l'infection syphilitique.

Le malade n'est pas resté sans traitement. Il s'est soigné et on l'a soigné. A l'hôpital Saint-Louis, il y a cinq ans, on lui a fait trois injections de calomel et on lui a prescrit l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour, médicament qu'il a continué à prendre jusqu'à son entrée dans nos salles. Il en prenait tantôt 4 grammes, tantôt plus. Entre temps, il retourna à Saint-Louis, où on lui fit trois piqûres d'huile grise. En dépit de cette médication, l'hypertrophie labiale a persisté !

Voilà donc un homme qui fut soigné par les injections de calomel, par des injections d'huile grise, qui a pris presque continuellement, pendant cinq ans, de l'iodure de potassium à doses assez élevées, 4, 5, 6 grammes par jour. Sa syphilide labiale n'a subi aucune amélioration. Dans ces conditions, vous vous expliquez pourquoi, lorsque nous lui avons parlé de sa lèvre, il nous a répondu : « Inutile de vous en occuper, ce n'est pas pour elle que j'entre à l'hôpital ».

Il ne souffrait pas. Toutefois, l'alimentation, la parole étaient gênées, en raison du volume, de la dureté, du manque d'élasticité des lèvres. En outre, cette infirmité visible offrait des inconvé-

nients sociaux; elle empêchait souvent le malade de trouver du travail et, pour la cacher, il laissait tomber sa moustache.

Eh bien ! je désire vous parler aujourd'hui de cette labialite tertiaire hypertrophique diffuse.

La syphilis tertiaire s'abat sur les lèvres comme sur tous les autres points de l'organisme. Elle y donne lieu soit à un syphilome circonscrit, soit à un syphilome diffus. Je n'insisterai pas sur le premier : c'est la gomme banale, qui se ramollit et s'ulcère.

Vous connaissez moins la seconde variété, le syphilome diffus. Ses éléments anatomo-pathologiques sont semblables à ceux de la gomme et comportent les mêmes cellules embryonnaires, mais l'aspect de la lésion et son évolution sont particuliers. Ce syphilome diffus peut en effet ou s'ulcérer à un moment donné, et créer des pertes de substance parfois notables, ou rester à l'état d'infiltration.

Le syphilome diffus des lèvres (labialite tertiaire diffuse) prend la lèvre inférieure trois fois plus souvent que la lèvre supérieure. Il commence insidieusement. La lèvre atteinte devient un peu plus grosse, elle s'hyperplasie en masse et d'une manière progressive. Elle continue ainsi à se développer, pendant un an, deux ans, quatre ans et plus. Le malade que vous venez de voir en est encore à ce premier stade. La lèvre énorme, la lèvre de tapir qu'il présentait, vous la rencontrerez dans de nombreuses observations. J'ai vu à l'hôpital Necker, un homme dont la lèvre volumineuse rappelait une tumeur. Il entrait à l'hôpital presque moribond pour une laryngopathie syphilitique tertiaire sténosante. Déjà trois fois, on l'avait relevé dans la rue, en proie à une dyspnée violente. Un jour, entre autres, il fut conduit à l'hôpital de la Charité où l'interne de garde se mit en demeure de le trachéotomiser d'urgence. Comme on préparait l'opération, le patient se ressaisit et sans plus d'explication... il partit ! Ceci, en passant, pour vous dire que les laryngopathies syphilitiques arrivent rarement à tuer. Les malades, dans les formes dyspnéiques, sont sans cesse sur le bord du précipice, mais le plus souvent ils échappent à la trachéotomie. Le patient dont je viens de vous parler avait une labialite depuis 6 ans.

Le professeur Fournier a eu l'obligeance de me donner quelques photographies de labialite tertiaire diffuse. Ces dessins semblent être calqués les uns sur les autres. Vous verrez des lèvres inférieures procidentes, énormes, et des individus qui vivent avec cela pendant longtemps. Longtemps ne veut pas dire, ici, indéfiniment. Il est des cas où, après 1, 2, 3 ans, la lèvre s'est ulcérée ; il en est d'autres dans lesquels un véritable phagédénisme intervient : les lésions peuvent fondre alors et on voit, au bout de 4, 5 semaines, des territoires entiers de tissu disparaître.

La labialite tertiaire n'est pas toujours la lésion indifférente qu'elle semble être chez notre malade. Je viens de montrer qu'elle est susceptible de s'ulcérer ; elle subit d'autres fois une évolution atrophique, sclérosante, analogue à la transformation scléro-gommeuse de la langue. La lèvre se sclérose, l'orifice buccal se rétrécit, devient un trou fibroïde, ce qui entrave la parole et l'alimentation.

Le cas que nous examinons aujourd'hui est un type de labialite tertiaire pure. Le plus ordinairement le malade est atteint en même temps de syphilis linguale, de fissures, de sillons sur la langue qui est, en outre, parquetée, capitonnée, comme l'on dit. Il offre assez fréquemment aussi des altérations tertiaires diffuses du menton, ce qui, à un degré accusé, constitue le léontiasis.

J'arrive maintenant à une question dont, ce matin, je veux donner seulement un aperçu.

Voilà un homme qui a depuis sept ans une labialite tertiaire hypertrophique. L'affection ne s'est compliquée ni d'ulcération, ni de phagédénisme. Elle a conservé son type depuis plus de 7 années: pour ce motif je l'ai qualifiée d'invétérée. Qu'est ce que cela prouve ? Qu'il est des cas dans lesquels la syphilis peut se jeter sur une région, en faire sa proie, s'y épuiser, sans y mourir néanmoins. J'ai vu un certain nombre d'exemples de syphilides invétérées, datant de 3, de 4, de 10, de 14 ans, sur la même région.

Il me reste, enfin, à vous parler du traitement. Je vous rappelle l'insuccès, chez ce malade, du calomel, de l'huile grise, de l'iodure de potassium. La labialite est difficile à guérir. Malgré l'échec des tentatives antérieures, nous avons cependant essayé à notre tour et nous nous sommes adressés à la méthode que nous employons dans le service depuis plusieurs années : le biiodure d'hydrargyre en injections. Nous avons commencé par un demi-centigramme. Déjà, après 8 à 10 piqûres, le patient allait mieux, il mangeait avec moins de difficultés et le tissu intéressé était devenu plus souple. On laissa quelques jours de repos et on recommença les injections avec un centigramme de médicament. Aujourd'hui, l'amélioration est si considérable que le patient se déclare très bien.

Je vous expose à chaque instant le traitement de la syphilis. Je vous parle des injections de biiodure de mercure et je ne vous dis rien de l'iodure de potassium. Pourquoi ? Peu à peu l'éducation médicale se fait. Je suis, certes, de ceux qui ont donné l'iodure aux doses les plus larges ; puis progressivement, je suis arrivé à l'abandonner. L'iodure peut être très bon, mais il laisse à désirer sur beaucoup de points. Il échoue d'abord dans certains cas, comme il a échoué chez le malade actuel, comme je l'ai vu échouer chez d'autres, alors que le mercure, employé après lui, a réussi. Autrefois, quand nous n'avions pas la possibilité d'administrer le mercure en injections, nous le donnions au jugé, sans savoir exactement la quantité utilisée. De nos jours, on le dose à un milligramme près. L'injection de biiodure d'hydrargyre, d'autre part, est si simple, si peu douloureuse, que j'en suis arrivé à abandonner l'iodure de potassium. Bien que celui-ci m'ait procuré des succès, je ne l'emploie plus depuis 2 ou 3 ans, ayant mieux dans l'injection de biiodure. Rien ne vaut cette dernière méthode, en matière de tertiarisme.

Je terminerai par les conclusions suivantes :

Aux lèvres, comme ailleurs, la syphilis tertiaire est circonscrite ou diffuse.

La lèvre inférieure est le siège d'élection du syphilome labial tertiaire.

La labialite tertiaire diffuse est très lente à évoluer. La lèvre s'hypertrophie en masse, sans bosselures, sans nodosités.

Après un temps variable, après plusieurs années parfois, la labialite tertiaire peut présenter des modalités diverses (ulcération, phagédénisme, atrophie et sclérose).

La labialite tertiaire fait souvent partie d'un ensemble de syphilomes qui frappent la langue, les joues, le nez, le menton, etc.

Au milieu de ces types variés, toutefois, le syphilome labial peut conserver son type primitif : notre malade en est un exemple.

Le traitement par les injections de bi-iodure est le traitement de choix.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

GYNÉCOLOGIE

Diagnostic précoce de l'épithéliome utérin (1),

Par le Dr Paul Petit.

Chirurgien adjoint de l'hôpital libre Saint-Michel.

On peut distinguer, dans l'évolution du cancer utérin : une période *initiale* au cours de laquelle la cure radicale devrait être possible ; — une période d'*état* pendant laquelle l'ablation de l'organe n'a déjà plus qu'un intérêt palliatif ; — une période d'*inopérabilité*.

La continuation du processus, après les tentatives d'exérèse, dépend, à la fois, de sa propagation par continuité de tissu et de ses greffes par voie vasculaire.

Le diagnostic, suffisamment précoce pour rendre possible l'exérèse totale, devrait donc, pour être complet, s'appliquer à ces deux éléments évolutifs.

Or, pour ce qui est des ensemencements à distance, nous ne pouvons actuellement les déceler à leur début. Bien plus, les engorgements ganglionnaires pelviens, même nettement accusés, ne sont pas faciles à découvrir par le palper combiné avec le toucher et nous ne sommes pas en mesure de pouvoir décider s'ils sont sûrement néoplasiques ou s'il ne s'agit que d'adénopathies inflammatoires ou précancéreuses de défense.

Nous savons cependant, à l'heure actuelle, que les affirmations lancées, il y a quelques années, sur la coexistence fatale des adénopathies néoplasiques du bassin et du cancer utérin, même très jeune, sont inexactes dans leur absolutisme.

Mais nous savons aussi que les colonisations peuvent être tellement rapides que le diagnostic *ab ovo* devient inutile. Ainsi Borozzi, dans un mémoire récent, cite-t-il le cas d'un cancer du col, se présentant sous forme d'une ulcération large comme une lentille, ne s'étant manifestée que depuis un mois, opéré par hystérectomie vaginale, récidivant quatre mois après et déterminant la mort deux mois après l'apparition de cette récidive.

En présence d'un cancer jeune, au moins faudrait-il donc, pour pouvoir supputer son embolisation, être renseigné sur sa rapidité évolutive c'est-à-dire ce qu'on est convenu d'appeler sa malignité. Nous savons que le cancer utérin se développe plus vite quand la femme est jeune, quand elle est enceinte (peut-être quand elle est syphilitique), quand le début se fait à l'intérieur du col, quand le microscope dénonce l'abondance des éléments jeunes, l'abondance et l'aspect fragmentaire de la chromatine des noyaux, ce dernier caractère d'après Lukjanow indiquant « une tendance impétueusement jeune à l'accroissement »... Mais ce ne sont encore là que d'insuffisantes indications.

Ainsi, des deux éléments du problème, l'un nous échappe encore complètement. Pour ce qui est de l'autre, c'est-à-dire du diagnostic de l'éclosion première, nous sommes déjà à peu près à même d'y faire face et c'est ce que je voudrais démontrer, en esquissant la question dans son ensemble, tout en y apportant une très modeste contribution. On m'excusera donc d'avoir à rappeler des notions courantes à côté d'observations bien prises sur des modalités assez mal connues.

Le diagnostic précoce de l'épithéliome utérin, dans les limites où il nous est permis de l'envisager, c'est-à-dire le diagnostic au lieu d'origine, ne peut le plus souvent être affirmé que par l'histologie ; mais encore faut-il qu'il soit tout d'abord *provoqué* par une connaissance précise des signes cliniques initiaux.

Or l'épithéliome étant, en principe, la résultante d'une inclusion épithéliale, doit se manifester *ab ovo*, sous forme interstitielle. Cependant, le noyau primitif pouvant être très limité et très superficiel, l'*ulcération* ou la *végétation* qui résulte de son évolution peuvent-être dépistés assez tôt sur le col pour constituer, comme nous le verrons, des formes cliniques spéciales de début.

Le noyau d'infiltration est à peine né qu'il détermine à son voisinage la *congestion vasculaire* et l'*hémorragie* par l'intermédiaire de la thrombose et, de plus, une *cachexie précoce* qui se traduit surtout par un *amaigrissement* qu'il faut savoir reconnaître, *malgré des apparences très florissantes*. Autrement dit, *il ne faut pas confondre maigreur avec amaigrissement.*

On reconnaîtrait plus sûrement cet amaigrissement, sur lequel on ne saurait trop insister, en faisant intervenir la balance, mais, comme en l'espèce, il n'y a pas de temps à perdre, je me contente, pour ma part, de demander aux malades si, se trouvant trop à l'aide dans leurs ajustements elles n'ont pas été obligées de les modifier.

L'examen du sang nous facilitera peut-être un jour le diagnostic de cette cachexie précoce ; mais les résultats qu'on en a tirés jusqu'ici sont incertains et contradictoires : il est possible qu'il y ait une certaine diminution dans la teneur de l'hémoglobine, dans le nombre et la forme des globules, qu'il y ait multiplication des leucocytes mononucléaires, que cette multiplication indique même la participation ganglionnaire.

Mais tout cela est à revoir, à contrôler, à compléter.

Si la cachexie terminale du cancer relève tout à la fois de la résorption des produits sphacélés et des métastases viscérales, il est probable que la cachexie initiale, latente, résulte, comme le veut Fabre, de la résorption des épithéliums inclus dans les tissus et qui, normalement, sont destinés à être éliminés. J'invoquerai à l'appui de cette idée les phénomènes d'intoxication que j'ai vus se produire du fait de l'application des rayons X aux cancers fermés du sein (à l'époque où cette thérapeutique était mal dosée), phénomènes qui se traduisent par des symptômes analogues à ceux de l'urémie.

Ainsi l'*amaigrissement*, la *congestion* et, partant,

(1) Extrait d'une communication à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, novembre 1905.

l'*hémorrhagie* spontanée ou très facilement provoquée, voilà d'une façon générale des signes vraiment précoces de l'épithéliome utérin et cependant, comme j'en donnerai la preuve, l'épithéliome du col peut être dépisté avant même qu'ils ne se montrent.

On a signalé depuis longtemps et nous avons tous observé la coexistence fréquente du cancer et des petits angiomes cutanés (taches vasculaires, taches pigmentaires, petites tumeurs verruqueuses). Quand ces manifestations cutanées ne sont pas congénitales, elles précéderaient souvent de peu de temps les premiers symptômes du néoplasme sans qu'on puisse dire si elles sont le fait du développement même de la tumeur maligne (cachexie précoce telle que nous l'entendons ou déjà généralisation) ou si elles ne sont que la marque d'un défaut de résistance organique favorable au développement du cancer (Mignon).

Mais j'ai hâte d'en venir à l'examen des faits cliniques.

(*A suivre.*)

PHTISIOLOGIE

Sur les dangers de la suralimentation dans la tuberculose pulmonaire.

Les méthodes thérapeutiques, même les plus logiques et les plus sûres, demandent à être contrôlées et surtout précisées par l'expérience.

Le médecin, en effet, ne doit jamais perdre de vue qu'il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades, et suivant les cas particuliers offerts à son observation, il doit faire plier la règle commune aux exigences individuelles des tempéraments.

Prenons, par exemple, la suralimentation. Jusqu'à ces derniers temps, il était entendu qu'il fallait donner aux tuberculeux des quantités excessives d'aliments nutritifs, et dans certains cas on avait même recours au gavage.

Mais voilà que l'expérience est venue s'inscrire en faux contre la suralimentation ainsi comprise, et à l'heure actuelle il n'est plus question que de la simple et rationnelle alimentation.

Le Dr Mouisset, dans le *Lyon médical* (1), fait un tableau saisissant des dangers que court le tuberculeux soumis à cette diététique: non seulement l'hyperchlorhydrie, l'hyperacidité de fermentation, les diarrhées, sont à craindre, mais la suralimentation détermine de l'albuminurie, des éruptions cutanées d'origine toxique, et un véritable état neurasthénique. En outre, on observe des poussées congestives du côté des poumons et tous les signes physiques de la bronchite diffuse.

Le Dr Mouisset a même constaté l'apparition de bronchite arthritique chez des individus non tuberculeux soumis à la suralimentation. « Ces bronchites, dit-il, simulent parfois la tuberculose, à plus forte raison peuvent-elles être confondues avec des poussées nouvelles de cette maladie lorsquelles se produisent chez des tuberculeux. »

Chez les prédisposés, il n'est pas rare d'observer des fluxions congestives graves s'accompagnant d'hémoptysies.

Ainsi donc, état dyspeptique, phénomènes toxiques, troubles circulatoires et pulmonaires, mauvais état du foie et du rein, tel est le bilan de la suralimentation.

Les praticiens n'avaient pas attendu le travail du Dr Mouisset pour faire de semblables remarques et la plupart, tout en surveillant l'appétit et la nutrition de leurs tuberculeux, ont demandé aux remèdes une action plus sûre et moins nuisible.

Toute la question, pour eux, consiste à trouver un agent thérapeutique exerçant sur l'état général une action stimulante et sur l'infection locale un pouvoir défensif aussi net que possible. Et c'est pourquoi les praticiens sont revenus aux composés créosotés et gaïacolés. Malheureusement, l'action nettement dangereuse de ces remèdes sur les voies digestives nous rendait timides, presque timorés et dans certains cas nous préférions nous abstenir. Il a fallu l'introduction thérapeutique du gaïacol sulfoné ou thiocol pour redonner à cette médication toute son importance.

Il est aujourd'hui démontré, non seulement par des travaux de laboratoire, mais surtout par des études cliniques spontanément publiées par les praticiens, que le thiocol n'exerce sur les voies digestives aucune action dangereuse. Bien plus, nous accordons volontiers quand nous le déclarons stomachique et antiseptique intestinal.

Lorsque le professeur Maramaldi (1), de Naples, eut appelé l'attention sur ce fait, on fut, à la vérité, un peu étonné parmi les médecins qu'un composé gaïacolé eût une action favorable sur l'appétit et les digestions des tuberculeux. Ce fait était dû à la sulfonation du gaïacol. Bientôt, en effet, parurent la thèse de Gripon (2), les travaux de Berlioz (3), la communication de Schoull (4) à l'Académie de médecine, les études cliniques de Pinet (5), Martial (6); la thèse de Grunberg (7).

Ces auteurs venaient à leur tour affirmer les propriétés stomachiques et dynamogéniques du thiocol. Foussal (8), en une longue étude, reprenait, en les commentant, toutes ces assertions et, par des observations personnelles, donnait une nouvelle force aux opinions précédemment émises.

Ayant suivi attentivement l'exposé de ces recherches sur le thiocol, nous avons alors employé ce médicament dans la plupart des cas de tuberculose pulmonaire. Nous n'avons pas atteint, comme certains auteurs, les doses de 12 et 16 comprimés par jour, car suivant les cas nous ordonnons de 4 à 10 comprimés, c'est-à-dire 2 à 5 grammes de thiocol.

Ces doses sont suffisantes pour obtenir de très sensibles résultats. D'abord nous affirmons hautement, avec les auteurs précités, que jamais, en aucun cas, le thiocol ne fatigue la muqueuse gastrique. Il nous a paru, au contraire, faciliter les digestions et, suivant l'expression de Martial, il est « un aide précieux pour l'alimentation et même la suralimentation » que ces résultats soient dus à un pouvoir stomachique et orexique particu-

(1) No du 23 octobre 1903.

(1) *Gazetta intern. di medic. pratica*, n° 3, 1899.
(2) *Thèse* de Paris, 1903.
(3) *Progrès médical*, 27 fév. 1904.
(4) Juillet 1903.
(5) *Le Concours médical*, nos 19 et 20, 1904,
(6) *Archives de thérap.*, nos 2 et 18, 1904.
(7) *Le Progrès médical*, 3 décembre 1904.
(8) *Thèse* de Paris 1905.

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

plus 3 fr. pour 50 affiches indiquant sous forme d'a-
vis ...

lier, ou qu'il soit la conséquence de l'action antiseptique et antifermentescible du thiocol, nous ne le cherchons pas : la constatation nous suffit en pratique.

En même temps, nous observons dans presque tous les cas le relèvement de l'état général et une augmentation de poids. Après ce changement, nous constatons une régression des signes physiques pulmonaires et, du 15e au 30e jour du traitement, les râles perdent le caractère muqueux. Plus tard, au bout de 3 mois, environ il n'existe plus que des râles secs atténués. Les exsudations pulmonaires ont disparu.

Les auteurs pensent qu'il faut rapporter ces phénomènes à une action directement antiseptique du Thiocol sur les infections secondaires associées au bacille, sinon sur le bacille lui-même, et pour eux l'amélioration de l'état général serait la conséquence de cette évolution locale.

Cette opinion demande à être discutée. Qu'observons-nous en effet dès le début du traitement ...

REVUE DE LA F...

Le traitement de...

Cette affection a été ... fois par Basedow en ... ophtalmie consécuti... tissu conjonctif de la... lors, les théories se s... l'importance énorme ... le complexus sympto... été reconnue, nous ig... tuelle sa cause primor... blement sous le nom d... nombre d'affections ... dent comme trait com... mes.

Basedow avait admi... Stokes, une lésion card... ralliè...

tés médicales (une partie de ce travail a paru dans le Concours), j'étais en pleine activité et j'étais loin de me douter que je travaillais pour moi-même, tant j'étais sûr de l'avenir et certain que je ne travaillais que pour mes confrères.

Combien je suis heureux aujourd'hui, d'avoir accompli pour les miens et pour moi un acte de prévoyance qui me met à l'abri de la misère et me permet de mener à bonne fin l'éducation de mes enfants.

Combien aussi je suis reconnaissant aux confrères si désintéressés et si dévoués qui dirigent nos œuvres de prévoyance médicale.

Laissez-moi tout particulièrement vous remercier mon cher confrère, et vous exprimer mon plus affectueux dévouement, expression à laquelle se joint du fond du cœur Madame S..., qui tient la plume en ce moment.

Dr F. à G. à *Concours*. — Permettez-moi d'avoir encore recours à votre obligeance pour obtenir les renseignements suivants par la voie du *Concours*.

1° Un blessé du travail a-t-il toujours droit à l'indemnité ordinaire, c'est-à dire à la moitié du salaire, pendant son séjour à l'hôpital ? *Réponse* : Oui.

2° Y a-t-il une limite pour la durée de l'indemnité temporaire, et une date arrêtée pour le certificat de consolidation de la blessure ? *Réponse* : Non.

3° Le blessé doit-il se rendre chez le juge de paix sur simple avis de l'agent d'assurances, et est-il tenu d'aller lui-même chez le médecin de la compagnie d'assurances ? *Réponse* : il doit refuser catégoriquement.

Suite page VIII.

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

—

4° J'ai à recouvrer des notes d'honoraires afférentes à des accidents de travail antérieurs à la date de la publication du tarif officiel : dois-je les établir d'après le tarif Jeanne ?

Répsnse. — Oui, si vous avez été requis par le patron. Si le blessé a fait choix de son médecin, tarif de l'A. M. G.

Dr L. à B. à *Concours*. — 1° Le *Concours médical* ne pourrait-il pas, sous sa responsabilité morale, mais aux frais de ceux qui l'en solliciteraient, afficher dans les villes industrielles ses affiches sur les « accidents du travail »?

2° Le Concours ne pourrait-il pas aussi, faire faire des affiches sur le libre choix des médecins par les mutualistes et les faire afficher dans les mêmes conditions ?

Réponse. — Le *Concours médical*, bien qu'il ait été le premier à prendre l'initiative du mode d'instruction par l'affichage, en ce qui concerne la loi « accidents du travail » et « Sociétés de secours-mutuels », laisse aux syndicats, dont c'est le rôle, le soin d'en faire l'application ; ces moyens devront être différemment adaptés suivant les régions où l'on prévoit leur utilité.

Dr D., à L., *à Concours*. — Je vous serai reconnaissant de vouloir bien me renseigner sur le cas suivant :

Un militaire en permission se pend. Le brigadier de gendarmerie appelé me prie de constater le fait. Je me rends (3 kilom.) et *conclus au suicide.*

Je présente la note à la famille qui refuse de payer ! Que dois-je faire ?

Réponse. — Présentez votre note (tarif médicolégal) au brigadier de gendarmerie qui a requis votre intervention.

Ne vous abusez pas ; si vous n'avez pas de réquisition *écrite,* vous aurez quelque difficulté à vous faire honorer. Poursuivez, néanmoins, jusqu'au procureur de la République.

Prenez tuyau dans la brochure du Dr Lande (voir nos annonces).

Dr M. J., à B., à *Concours*. — Nouvellement abonné au *Concours Médical* je viens déjà mettre votre complaisance à contribution : 1° Installé depuis peu dans un petit village éloigné de 10 kilomètres de tout pharmacien, quelles formalités dois-je remplir pour pouvoir délivrer des médicaments à mes clients ?

2° Pourvu depuis le 1er janvier d'une circonscrip-

Suite page X.

lier, ou qu'il soit la conséquence de l'action antiseptique et antifermentescible du thiocol, nous ne le cherchons pas : la constatation nous suffit en pratique.

En même temps, nous observons dans presque tous les cas le relèvement de l'état général et une augmentation de poids. Après ce changement, nous constatons une régression des signes physiques pulmonaires et,du 15e au 30e jour du traitement, les râles perdent le caractère muqueux. Plus tard,au bout de 3 mois, environ il n'existe plus que des râles secs atténués. Les exsudations pulmonaires ont disparu.

Les auteurs pensent qu'il faut rapporter ces phénomènes à une action directement antiseptique du Thiocol sur les infections secondaires associées au bacille,sinon sur le bacille lui-même, et pour eux l'amélioration de l'état général serait la conséquence de cette évolution locale.

Cette opinion demande à être discutée. Qu'observons-nous,en effet,dès le début du traitement thiocolé ? le relèvement de l'appétit. Le malade mange mieux, ses digestions sont plus faciles, et pendant cette première période qui dure huit à quinze jours, c'est l'état général qui s'améliore, surtout,car les signes physiques sont encore aussi nets que par le passé.

Puis, le thiocol,dont on a augmenté les doses, 8 et 10 comprimés par exemple, imprègne l'organisme, son pouvoir antiseptique bien connu s'exerce sur les lésions pulmonaires, et nous allons bientôt assister à la régression des lésions.

Dès ce moment, il est clair que l'état général s'améliore d'une façon plus manifeste et le malade augmente de poids. Mais, de cette constatation,il ne faut pas déduire que l'action directement favorable sur l'état général soit négligeable. Elle existe individuellement, elle se précise,se développe plus aisément,voilà tout.

Ainsi le thiocol agit sur l'organisme tuberculeux à la fois de deux façons : et sur l'état général et sur l'état local.

Ce fait avait déjà été entrevu par le Dr Ducot de Neuilly (1), lorsqu'il montrait que le thiocol n'exerce pas, comme l'arsenic, une action purement tonique et reconstituante, mais aussi une action directe sur les lésions pulmonaires.

Nous ne parlerons pas ici de la médication thiocolée dirigée contre la pneumonie, les tuberculoses locales et les affections de l'intestin. Nous l'avons étudié surtout dans la tuberculose pulmonaire et nous avons remarqué que ce remède produit de très bons effets bien plus que la dangereuse suralimentation. Nous pouvons affirmer que,grâce à lui, la médication gaïacolée est désormais possible, sans dangers pour l'estomac déjà si éprouvé du tuberculeux, et nous osons prétendre que, grâce à cette innocuité et aussi à son peu de toxicité, il est le seul que nous puissions déverser dans la circulation en assez grande quantité pour réaliser le précepte de Guttmann,c'est-à-dire donner à l'organisme une dose de principe curateur assez élevée pour agir sur les lésions sans déterminer d'accidents.

Dr A. BANNEAU.

(1) *Gaz. Médicale de Paris*, n° 47, 1904.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Le traitement de la maladie de Basedow

Cette affection a été décrite pour la première fois par Basedow en 1840, sous le nom de « exophtalmie consécutive à une hypertrophie du tissu conjonctif de la cavité orbitaire ». Depuis lors, les théories se sont multipliées, et bien que l'importance énorme de la glande thyroïde dans le complexus symptomatique de cette maladie ait été reconnue, nous ignorons encore à l'heure actuelle sa cause primordiale. On réunit vraisemblablement sous le nom de basedowisme un certain nombre d'affections différentes, qui ne possèdent comme trait commun que quelques symptômes.

Basedow avait admis une altération du sang ; Stokes, une lésion cardiaque ; puis les auteurs se rallièrent à la théorie d'une lésion sympathique (excitation et paralysie). Charcot fit de l'affection une névrose par altération des cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale. D'autres virent l'origine de la maladie dans une excitation du centre vaso-moteur de la moelle allongée. Enfin Moebius émit une théorie thyréogène, qui rallie aujourd'hui encore la plupart des auteurs.

Ces diverses interprétations pathogéniques expliquent le grand nombre des médicaments recommandés pour le traitement de la maladie de Basedow ; encore faut-il savoir, pour apprécier à leur juste valeur les résultats thérapeutiques obtenus, que bien des cas légers sont susceptibles de guérir spontanément.

On avait remarqué les bons effets de l'iode dans les autres variétés de goitre ; aussi ne tardera-t-on pas à l'essayer dans la maladie de Basedow. Les applications externes et les injections intraparenchymateuses d'iode diminuèrent parfois le volume de la glande, mais en même temps les autres symptômes, les palpitations en particulier, s'aggravèrent. Les basedowiens semblèrent, plus que les goitreux ordinaires, sujets à l'iodisme, surtout dans l'administration du médicament par le tube digestif ; aussi l'iode dut-il être abandonné d'une façon générale, car il est plutôt nuisible ; il ne peut améliorer parfois que des formes secondaires de basedowisme.

Se basant sur l'expérimentation animale, Kocher recommanda le phosphate de soude pour produire l'atrophie de la glande et neutraliser le suc thyroïdien : les résultats obtenus ne furent pas décisifs. Vigouroux, admettant une dilatation vasculaire comme cause primordiale de l'affection, proposa la faradisation des carotides ; « avec ce traitement, dit-il, la guérison n'est en général qu'une affaire de temps ». En Allemagne on recourut surtout à la galvanisation du sympathique cervival.

Les tablettes de thyréoïdine, parfois ne donnèrent aucun résultat, parfois produisirent une aggravation. Cependant, d'après Kocher, elles provoqueraient une diminution de volume du corps thyroïde, sans influencer la vascularisation, à la condition d'être données à petites doses et pendant un court laps de temps.

ORGANOTHÉRAPIE.— En 1894, Ballet et Enriquez, se basant sur la théorie pathogénique de l'hyperthyroïdisation de l'organisme dans la maladie de Basedow, pensèrent améliorer cette affection en

injectant dans la circulation du suc thyroïdien, destiné à neutraliser l'excès de ce suc excrété par la glande malade. Ils se servirent du sérum prélevé dans le corps thyroïde du chien. Les neuf malades traités présentèrent une amélioration de l'état général, une diminution ou même une disparition passagère du tremblement, une rétrocession de l'exophtalmie, parfois aussi une atrophie du corps thyroïde. Mais ces auteurs ne poussèrent pas plus loin ces essais d'organothérapie, car deux de leurs patients présentèrent de la tétanie et des convulsions.

Lanz (en Suisse) basa sa thérapeutique sur le même principe que les auteurs précédents (1895), mais il admit que chez les animaux thyroïdectomisés, la toxine, qui n'était plus neutralisée par le suc thyroïdien, passait dans le lait. Ce lait, absorbé par les basedowiens, servirait à neutraliser l'excès de suc thyroïdien en circulation, cause des symptômes morbides. (Dix observations, où l'on trouve des améliorations notables après l'absorption de lait de chèvres thyroïdectomisées.)

Burghart (1897) prépare le « Rodagène » extrait alcoolique de lait de chèvre thyroïdectomisée ; c'est une poudre à saveur douce, très facile à prendre (5 à 10 grammes par jour), dont 125 grammes correspondent à un demi-litre de lait. Les premiers effets bienfaisants du Rodagène s'observent après l'absorption de 200 grammes. Le rodagène est contre-indiqué dans la myocardite grave ; il n'agit pas dans les altérations secondaires des reins. Dans le basedowisme, son influence s'exerce surtout sur l'insomnie, la faiblesse générale, l'amaigrissement, le tremblement et les sueurs ; si l'on cesse l'administration du médicament, ses bons effets peuvent ne pas persister (Douze observations).

En 1901, Mœbius eut l'idée de thyroïdectomiser des moutons ; six semaines après cette opération, il leur fit une saignée, et recueillit ainsi son sérum antithyroïdien. Ce sérum s'administre par la voie buccale (une cuillerée à potage tous les 2 jours dans du vin sucré). D'après Moebius, il ne produit pas d'accidents, mais détermine des améliorations notables : diminution du périmètre du cou, action calmante générale ; le nombre des pulsations ne semble pas rétrocéder dans des proportions notables. Les malades de Moebius, basedowiens anciens, avaient déjà suivi plusieurs traitements sans obtenir ces améliorations. A noter que, s'ils cessaient pendant quelques semaines l'absorption du sérum, le périmètre du cou augmentait de nouveau. Néanmoins le sérum de Moebius permit à d'autres praticiens d'obtenir de bons résultats.

Bref, G. Dreyfus (*Zentralb. f. d. Gesammte Thér.*, 1905) relate 47 observations de malades traités par ces diverses méthodes organothérapiques, et il estime qu'on ne peut encore porter de jugement décisif sur cette thérapeutique. Les renseignements fournis par les auteurs sont trop succincts ; la durée de l'observation est trop courte pour une maladie éminemment chronique. Néanmoins, on peut dire que l'absorption de lait provenant de chèvres thyroïdectomisées constitue un traitement un peu compliqué ; quant aux injections sous-cutanées de sérum spécial, il faut les abandonner en raison de leur faible efficacité et de leurs dangers (érythèmes, abcès).

Restent le sérum antithyroïdien administré par la bouche, et le rodagène, le premier semblant mieux agir que le second. A noter les récidives fréquentes après la cessation du traitement. Pour éviter tout accident il est bon d'employer des doses, faibles d'abord, puis progressivement croissantes. Le plus souvent, l'organothérapie améliore l'état général, puis la glande thyroïde qui diminue de volume. Les effets durables sur le cœur sont relativement rares, car souvent il y a déjà des altérations graves du myocarde. Les autres symptômes (exophtalmie, tremblement, sueurs), parfois sont favorablement influencés, parfois aussi ne varient pas.

Méthode opératoire.

Les interventions sur le sympathique cervical (section ou résection plus ou moins étendue, unilatérale ou bilatérale) ont été inaugurées par Jaboulay en France (1895) ; elles ont ensuite été pratiquées à Bukarest par Jonnesco. D'après la statistique de ce dernier auteur, on observerait une guérison dans 33 % des cas, une amélioration dans 40 % des cas, et un insuccès dans une proportion de 7 pour cent. C'est surtout l'exophtalmie et le tremblement qui se trouvent influencés par cette opération ; dans un tiers des cas, la glande thyroïde diminue de volume. Mais, dit Marquès (1901), l'inconstance des résultats frappe immédiatement, lorsqu'on étudie les statistiques fournies par les opérations sur le sympathique. D'ailleurs, il ne semble pas que cette intervention ait conservé sa vogue première, car les observations publiées sont de plus en plus rares.

Les opérations sur la glande thyroïde semblent donner de meilleurs résultats ; néanmoins, quoi qu'il y ait des interventionnistes à outrance, il est bon, en raison des difficultés d'exécution qu'elles présentent, de ne les pratiquer que dans les conditions suivantes :

1° Echec du traitement interne;

2° Compression de la trachée par le corps thyroïde (indication vitale) ;

3° Phénomènes d'intoxication suraiguë ;

4° Aggravation subite des symptômes (exophtalmie, tachycardie).

Il faut aussi que le chirurgien possède une certaine habileté opératoire, et que le malade présente un état général suffisamment bon.

L'intervention aura pour but, soit une ligature des vaisseaux thyroïdiens, soit une excision partielle de la glande, soit la combinaison de ces deux procédés. L'énucléation totale du corps thyroïde, conseillée par certains auteurs, entraîne à sa suite les risques d'une cachexie strumiprive.

Le pouls, les palpitations et l'état général sont toujours favorablement influencés par cette opération ; quant aux autres symptômes, il est impossible d'énoncer les règles fixes à leur égard. Toutefois, si l'on réunit des statistiques de Wolff, Mikulicz, Krœnlein, Kummel et Kocher, on voit que : dans une proportion de 75,7 °/o on note la guérison ; pour 10 %, une amélioration notable, pour 2, 4 % une légère amélioration, pour 4 °/o un insuccès, pour 7, 9 % la mort. Au total on peut dire : Résultat satisfaisant dans 85,7 °/o des cas.

Insuccès dans 143 % des cas.

Sur le traitement sérothérapique de la Pneumonie fibreuse.

La pneumonie fibreuse, cette maladie qui frappe brusquement l'homme en bonne santé et s'attaque de préférence à l'adulte ainsi qu'au sexe masculin, n'est pas sans déterminer une mortalité assez considérable. Jusqu'à présent, son traitement consistait surtout à fortifier et à soutenir le cœur dans son action ; le camphre et la digitale y jouaient le rôle principal, mais à vrai dire nous étions dépourvus d'armes efficaces contre le processus pneumonique : l'administration des expectorants était sans effet sur l'évolution de l'inflammation pulmonaire.

Cette impuissance vis-à-vis d'une maladie si dangereuse et si souvent mortelle incita les auteurs à chercher un traitement sérothérapique, dès que Frœnkel eut découvert l'agent de la pneumonie, le pneumococcus lanceolatus. C'est aux frères Klemperer que l'on doit les premiers essais dans cet ordre d'idées en 1891-1892. Pane, de Naples, prépara également un sérum en se servant du sang de l'âne. Mais, soit par suite d'insuccès, soit pour d'autres motifs, cet élan imprimé s'arrêta bientôt. Il y a quelques années seulement, Romer (de Würzbourg) prépara un nouveau sérum anti-pneumococcique, primitivement destiné au traitement de l'ulcère serpigineux de la cornée. Les brillants résultats obtenus par cette thérapeutique dans une affection locale due au pneumocoque donnèrent l'idée d'employer ce sérum contre la pneumonie fibrineuse. Knüth et Passler estimèrent, en se basant sur leurs observations personnelles, que l'emploi de ce sérum constituait un progrès notable dans le traitement de la pneumonie.

Le sérum de Römer est un sérum polyvalent ; il renferme un mélange de sérum provenant de différents animaux, traités par diverses cultures. C'est un sérum bactéricide, d'après la théorie d'Ehrlich, contenant des antitoxines de bactéries, appartenant à différentes espèces.

Le Dr Lindenstein nous fait connaître les résultats obtenus avec le sérum de Römer, dans quatre cas. Knuth et Passlev ne faisaient d'injections qu'au cours de la pneumonie, à l'apparition de symptômes alarmants. Lindestein, au contraire, a toujours pratiqué l'injection de sérum aussitôt qu'il avait posé le diagnostic de pneumonie ; c'est là, dit-il, une pratique à laquelle il attache la plus grande importance. (*Münch-Medicin. Wochens.*, 1905, nº 39.) Le sérum doit être injecté avant que l'organisme ne soit épuisé, avant que les autres médicaments restent sans action. A l'exemple de ce que l'on fait pour la diphtérie, tout traitement sérothérapique devrait être institué dès les premiers moments de la maladie. C'est pour ne pas avoir observé cette règle que l'on relate tant d'insuccès dans l'emploi des divers sérums antistreptococciques. Avant que le corps et le sang ne soient envahis par les toxines et par les bactéries elles-mêmes, il faudrait injecter les antitoxines et les corps immunisants, qui pourraient dans ces conditions avoir des effets prophylactiques. Des essais de ce genre seraient particulièrement intéressants en obstétrique, si, dans un grand nombre de cas, surtout dans les accouchements compliqués, une injection de sérum antistreptococcique était faite avant toute intervention médicale, dans le but d'éviter la septicémie.

Voici quelques détails sur les quatre observations fournies par Lindenstein :

Dans trois cas il s'agissait d'une pneumonie du lobe inférieur gauche : les malades étaient respectivement âgés de 5, 14 et 17 ans. Ils furent, tous les trois, observés dès le deuxième jour de la maladie, et soumis aussitôt à la sérothérapie (6 cent. cubes au premier enfant, 10 cent cubes aux deux autres). Chez deux patients la température descendit de 2° aussitôt après l'injection, chez le troisième de 1° seulement ; toujours est-il que dans la suite elle remonta à 40°. Le processus pneumonique ne subit pas d'extension, et l'auteur jugea inutile de faire une nouvelle injection. Chez les trois malades, la défervescence se produisit au 7e jour, et fut suivie d'une convalescence normale. Les trois patients prirent de la digitale comme toni-cardiaque. Chez eux, l'action du sérum sur les sensations subjectives fut particulièrement manifeste, il ne se trouvèrent pas apathiques, et ne donnèrent pas l'impression de malades graves comme les autres pneumoniques. Lindenstein n'observa pas, comme Knith, de transpirations profuses après l'injection de sérum.

Particulièrement intéressante fut la 4e observation de l'auteur. Il s'agissait d'un malade de 30 ans, de constitution moyenne, qui fut mis en traitement au 2e jour d'une pneumonie fibrineuse occupant le lobe inférieur droit. Après une injection immédiate de 10 cc. de sérum antipneumococcique, la température tomba de 39°2 à 38°,5 pour cependant remonter bientôt à son niveau primitif, et même atteindre 40°. Le 3e jour du traitement, c'est-à-dire le 5e jour de la maladie, on trouvait une extension du processus morbide à tout le poumon droit ; râles de bronchite disséminés dans tout le poumon gauche. Etat général bon. Le 8e jour, la pneumonie envahissait le lobe gauche supérieur, deuxième injection de 10 cent. cubes de sérum ; rémission thermique de 3°5 ; amélioration de l'état général, si bien que le malade ne se doutait pas de la gravité de son état. Après une pseudo-défervescence le 9e jour, défervescence vraie le 11e jour. Convalescence normale. Malgré la gravité de ce cas, dans lequel l'infection avait envahi successivement 4 lobes du poumon, le malade ne prit que de la digitale ; il ne reçut pas de camphre, et cependant le pouls resta toujours plein et fort.

Comme conclusion de ces observations, Lindenstein déclare que tout d'abord le sérum antipneumococcique de Romer répond au principe de thérapeutique : *nil nocere*. Grâce aux précautions aseptiques, il n'y eut jamais de réaction locale ; pas d'exanthème, pas d'action nocive sur le rein. Par contre, le sérum exerça une influence remarquable sur l'état général, effet particulièrement appréciable dans l'observation IVe ; le malade « se trouvait toujours bien ». La température, malgré une rémission passagère, ne dévia pas de son cycle habituel ; par contre on nota de bons effets sur le pouls, qui resta plein et fort, même sans l'administration de camphre,

Le sérum n'agit pas sur la défervescence, il n'empêche pas l'extension du processus pneumonique. Lindenstein insiste encore sur l'importance des injections précoces ; une dose de 10 cent. cubes lui semble suffisante en général ; elle ne doit être renouvelée que si la maladie se prolon-

ge. Enfin l'emploi de ce sérum n'entraîne pas une dépense pécuniaire exagérée.

Sans pouvoir porter un jugement définitif sur la valeur de ce sérum, en raison du petit nombre d'observations, l'auteur conseille fortement son emploi, car il améliore notablement l'état subjectif du malade, et possède une influence heureuse sur la circulation.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Un succès du « Sou Médical » à la Cour de cassation. — Condamnation de la Compagnie Parisienne des Tramways Sud.

Le *Concours Médical* avait, en juin dernier, annoncé à ses lecteurs que, grâce au talent et aux efforts de ses deux avocats-conseils, Me Gatineau et Me Mornard, la Cour de cassation avait rendu, le 24 mai 1905, un arrêt qui était favorable à la cause que nous défendons, de l'assignation directe du patron par le médecin traitant devant le Juge de paix du lieu de l'accident.

La *Gazette du Palais* du 19 octobre 1905 publie le texte de cet arrêt que nous tenons à communiquer à nos confrères. Nous croyons qu'il est utile de rappeler d'abord, en un court historique, les phases de cette affaire.

Une Société industrielle avait voulu s'insurger contre la loi sur les accidents du travail en écrivant à un de ses employés la lettre suivante :

« Je vous confirme la communication verbale qui vous a été adressée plusieurs fois au sujet du changement opéré à notre Compagnie pour les soins aux malades. Le Dr X... a remplacé le Dr Diverneresse.

« Tous soins apportés par le Dr Diverneresse sont donc entièrement à votre charge, et nous ne prenons aucune responsabilité des complications qui pourraient survenir, ni des honoraires à payer.

« Signé : *Le Directeur*. »

Le blessé I... et le Dr Diverneresse, qui avait été choisi par le blessé, se firent une pinte de bon sang en lisant les menaces de ce terrible Directeur. Puis, quand le blessé fut consolidé, le Dr Diverneresse assigna le Directeur devant le Juge de paix de Vincennes, où avait eu lieu l'accident. Le terrible Directeur se fit représenter par un avocat qui voulut persuader au Juge de paix que le blessé ayant été avisé qu'on ne lui rembourserait pas ses frais de maladie puisqu'il n'avait pas accepté le médecin de la Compagnie ; le médecin du blessé, qui avait été prévenu aussi que ce terrible Directeur ne le paierait pas, ne pouvait, disait-il, rien réclamer à la Compagnie, parce qu'il n'y avait aucun lien de droit et qu'en tout cas, ce n'était pas devant le Juge de paix du lieu de l'accident, mais devant le Juge de paix de la résidence du directeur ou même devant le tribunal civil, que la Compagnie devait être assignée, la somme étant supérieure à 200 fr.

L'affaire fut remise à huitaine, et, ce jour-là l'habile avocat du « Sou Médical », Me Gatineau, eut vite fait de démolir la fantaisiste argumentation de l'avocat de la Compagnie. Il obtint le jugement suivant, que vient de confirmer la Cour de cassation.

TRIBUNAL DE PAIX DE VINCENNES
23 *mai* 1905

Accidents du travail.—Compétence du Juge de paix. — Action directe et action oblique du médecin contre la personnalité responsable en vue du recouvrement des honoraires.

Dr Diverneresse contre Compagnie Parisienne de Tramways)

Attendu que le Dr Diverneresse a fait assigner la Compagnie Parisienne des Tramways en paiement de la somme de *deux cent quatre-vingt-quatorze francs* pour soins donnés au sieur I..., victime d'un accident, en travaillant au service de ladite Compagnie;

Attendu que la Compagnie oppose à cette demande une exception d'incompétence fondée sur ce que son domicile est à Paris et sur ce que le chiffre de la demande est supérieur à deux cents francs ;

Attendu que, les parties ayant développé leurs moyens et conclusions, le Tribunal a renvoyé au deux mai pour en délibérer et rendre son jugement.

Attendu que, la cause de nouveau appelée, le demandeur a conclu subsidiairement, et, pour le cas où le Tribunal se déclarerait incompétent sur la demande directe qu'il a formée contre elle, à ce qu'il lui soit donné acte de qu'il déclare exercer conformément aux dispositions de l'article mille cent soixante-six du Code civil, l'action de I...., son débiteur, et à ce que la Compagnie soit condamnée en paiement de la somme de deux cent quatre-vingt-quatorze francs pour honoraires des soins donnés audit ouvrier et à ce que cette condamnation lui soit attribuée ;

Attendu que la Compagnie défenderesse a conclu à l'adjudication de ses précédentes conclusions et, lui donnant acte, en tant que de besoin, de ce qu'elle se réserve de soutenir l'irrecevabilité de la demande subsidiaire exercée par le Dr Diverneresse en vertu de l'article mille cent soixante-six du Code civil, se déclarer incompétent et condamner le demandeur aux dépens ;

Attendu qu'au fond la Compagnie a refusé de conclure ;

Attendu que les avocats des parties ont développé leurs moyens respectifs et que le Tribunal a renvoyé à la présente audience pour rendre son jugement ;

Sur l'exception d'incompétence :

Attendu que si l'article quinze de la loi du neuf avril mil huit cent quatre-vingt-dix-huit attribue compétence en dernier ressort au Juge de paix du canton où l'accident s'est produit pour les contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprise relatives aux frais funéraires, aux frais de maladies et aux indemnités temporaires, il ne résulte pas nécessairement de cette disposition que le Juge de paix ne soit compétent que lorsque la contestation s'élève entre la victime et le patron ;

Que c'est là, il est vrai, le cas habituel, mais qu'il est manifeste que l'intention dominante du législateur a été, dans un intérêt de célérité et d'économie, de confier à ce magistrat le règlement de toutes les contestations qui peuvent s'élever relativement aux objets qu'il indique ;

Attendu que l'article 4, en édictant que les frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires seront supportés par le chef de l'entreprise, a virtuellement donné le droit à ceux auxquels les frais sont dus de les réclamer directement à celui-ci devant la juridiction instituée par l'article quinze ;

Qu'en décider autrement serait la plupart du temps mettre ces créanciers dans l'impossibilité de recouvrer leurs créances et enlever toute sanction à la disposition précitée de l'article 4 ;

Qu'en effet, en ce qui concerne notamment le médecin choisi par l'ouvrier blessé, si celui-ci est insolvable, en refusant au médecin l'action directe

contre le patron, il lui sera impossible de se faire payer ;

Que d'autre part, l'ouvrier, n'ayant pas payé son médecin, n'aura lui-même contre son patron aucune action en remboursement, de telle sorte que c'est ce dernier qui, malgré la disposition formelle de l'article 4, bénéficiera de cette situation au détriment du médecin .

Attendu que, contrairement au vœu de la loi, le résultat inévitable d'une pareille situation serait de priver l'ouvrier du choix de son médecin ;

Attendu que vainement on prétendrait que le médecin pourra poursuivre directement le chef de l'entreprise devant la juridiction ordinaire ; que puisant son droit d'action directe dans l'article 4 de la loi exceptionnelle de mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, c'est seulement devant la juridiction instituée par cette loi qu'il peut le faire valoir ;

Au fond :

Attendu que les considérations qui précèdent rendent inutile l'examen de la demande subsidiaire ;

Attendu que la Compagnie défenderesse refusant de conclure, il y a lieu de donner défaut contre elle et d'adjuger au demandeur le montant de sa demande ;

Par ces motifs,

Le Tribunal, jugeant en premier ressort, se déclare compétent,

Et statuant au fond, donne défaut, faute de conclure, contre la Compagnie, la condamne à payer au Dr Diverneresse la somme de deux cent quatre-vingt-quatorze francs ;

La condamne en outre aux dépens.

Le terrible Directeur se dit qu'en faisant appel de ce jugement il courrait peut-être le risque de tomber sur un président de chambre qui ne saurait pas comprendre l'esprit de la loi sur les accidents du travail, et qui infirmerait le jugement du sagace Juge de paix de Vincennes. Il se dit aussi que, même s'il tombait sur un président perspicace, il perdrait son procès, mais qu'il aurait au moins la satisfaction de faire dépenser au Dr Diverneresse, en frais d'avoué et d'avocat, une somme supérieure aux 294 francs qu'il réclamait. Ainsi le médecin en serait pour son temps, sa peine et ses frais, et lorsqu'un blessé se présenterait de nouveau chez lui, il s'empresserait de le congédier et de lui dire : « Allez vous faire soigner par le médecin de votre Compagnie ; moi ça me coûte trop cher. »

Quant à lui, Directeur, ce procès ne lui coûterait pas un sou, les frais en étant pris, non pas sur son traitement, mais sur le dividende des actionnaires.

Il fit donc appel devant le Tribunal civil, qui rendit le jugement suivant :

TRIBUNAL DE LA SEINE (4e chambre).

Audience du 27 mars 1903.

Le Tribunal,

Ouï, en leurs conclusions et plaidoiries, Gatineau avocat, assisté de Giry, avoué de Diverneresse ; Dreyfous, avocat, assisté de Chain jeune, avoué de la Compagnie Générale Parisienne des Tramways, en la personne de ses directeur et administrateurs ; le Ministère public entendu et après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en matière sommaire et en dernier ressort ;

Attendu qu'à la date du 23 mai 1902 est intervenue une sentence du Juge de paix de Vincennes qui, saisi d'une demande en jugement de 294 francs pour soins et honoraires formée par M. le Dr Diverneresse contre I..., victime d'un accident du travail, et la Compagnie Générale Parisienne des Tramways, chef d'entreprise, s'est déclaré compétent et a par défaut condamné la dite Compagnie au paiement de la somme réclamée ;

Attendu que la Compagnie a fait appel de cette sentence, limitant toutefois son appel à la question de compétence sur la recevabilité ;

Attendu que cet appel est recevable ;

Attendu, en effet, que la Compagnie Parisienne des Tramways avait soutenu devant le premier juge que la loi du 9 avril 1898 n'était pas applicable dans l'espèce, que la décision devenait dès lors sujette à appel conformément à la règle générale de l'article 4 de la loi du 25 mai 1838 ;

Sur la compétence ;

Attendu que l'instance engagée par Diverneresse était fondée sur l'article 15 de la loi de 1898 et subsidiairement sur l'article 1166 du Code Civil ; que se basant sur les articles 15 et 4 de la loi sur les accidents, le Juge de paix a accueili la demande ;

Mais attendu que le premier juge paraît avoir oublié que la loi de 1898, loi d'exception, ne peut être appliquée que dans les rapports entre ouvriers et ceux qui les emploient ; que loin de fournir un argument à la thèse de la compétence illimitée et sans réserve du Juge de paix en matière de règlement, l'article 4 vient au contraire à l'appui de l'article 15 pour affirmer que si le Juge de paix est compétent lorsque la demande émane de la victime il ne l'est plus quand elle émane du médecin qui a donné ses soins à la victime ;

Attendu sans doute que, pour étendre le texte de l'article 15 aux litiges existant entre les patrons et les tiers, cherche-t-on à se prévaloir de ce que, après avoir parlé des contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprise, l'article 15 poursuit par ces mots : contestations relatives aux frais funéraires », c'est-à-dire contestations ne pouvant s'agiter entre le patron et l'ouvrier ; que ce serait aller contre l'esprit de la loi de 1898 que vouloir prétendre que l'article 15 n'a pas parlé intentionnellement que des victimes d'accidents ; que s'il n'a pas été question dans ces dispositions des représentants de la victime, c'est uniquement pour éviter une redite ; mais que la préoccupation du législateur de veiller à leurs intérêts s'est manifestée dans plusieurs des dispositions de la loi de 1898 d'une façon assez nette pour que l'on puisse appliquer aux ayants droit de l'article 3, paragraphes *a b* et *c*, mais à eux seuls, le texte de l'article 15 ; qu'avec cette manière d'envisager les choses, le médecin qui a donné ses soins à la victime, et sur sa demande, pourra peut-être ne pas être payé de ses honoraires ; mais qu'il importe de remarquer que même s'il pouvait agir en vertu de la loi du 9 avril 1898, le médecin ne pourrait réclamer ses honoraires au chef d'entreprise que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le Juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'Assistance médicale gratuite et devrait au surplus s'adresser à l'ouvrier ;

Attendu d'ailleurs, *quelles que soient les conséquences* de ce système, que la loi de 1898 n'a été mise sur pied qu'à la suite de discussions contradictoires et souvent dépourvues de sanction ; qu'il n'est donc pas étonnant qu'elle renferme un certain nombre de lacunes auxquelles la loi du 22 mars 1902 a déjà remédié en partie, mais que l'intention du législateur de ne s'occuper que des rapports du patron avec l'ouvrier ou les ayants cause de l'article 3 ne peut laisser aucun doute ;

Attendu que l'article 1166 du Code civil ne peut davantage être invoqué par l'intéressé ; que le créancier n'est autorisé à agir en vertu de cette disposition qu'autant que le débiteur néglige ou refuse de faire valoir ses droits ; qu'il n'est apporté aucune preuve de cette négligence ou de ce refus ; qu'au surplus ce n'est pas l'action de l'article 1166 que Diverneresse entend en réalité exercer, puisque cette action ne peut avoir pour objet que de faire entrer dans le patrimoine du débiteur un actif devant servir de gage à tous les créanciers ; qu'ici, au contraire, l'intéressé prétend ne l'exercer qu'à son pro-

fit unique sans se préoccuper des autres dettes qu'I. a pu contracter pendant sa maladie ; que c'est bien un procès personnel qu'il intente, ainsi d'ailleurs que la mise en cause d'I. au début de l'instance pouvait en faire foi ;

Attendu que pour statuer sur la demande de Diverneresse contre la Compagnie Parisienne de Tramways, le Juge de paix de Vincennes était donc incompétent, non seulement parce que le siège social de la compagnie était à Paris, mais parce que le taux de la demande dépassait le chiffre de 200 francs ;

Par ces motifs.

En la forme, reçoit la Compagnie Générale Parisienne des Tramways appelante du jugement susdaté ; au fond, dit et Juge que le juge de paix de Vincennes était incompétent pour statuer sur la demande de Diverneresse contre la Compagnie Parisienne des Tramways ; *infirme ledit jugement* ; décharge la Compagnie Parisienne des Tramways de toutes les dispositions et condamnations lui faisant grief, et, statuant à nouveau, renvoie la cause et les parties devant les juges qui doivent en connaître ; ordonne la restitution de l'amende consignée ;

Condamne Diverneresse en tous les dépens de première instance et d'appel taxés et liquidés à la somme de 50 fr. 20, en ce non compris les coûts d'enregistrement et signification du présent jugement, dont distraction est faite au profit de Me Chain jeune, avoué, aux offres de droit. Signé : Moré, Jacquemet.

Fait et jugé par MM. Moré, président ; Duchauffour et de Cardaillac, juges, en présence de MM. Regnault, juge suppléant, faisant fonctions de substitut, assistés de Jacquemet, greffier, le 27 mars 1903.

Je vous laisse à penser, amis lecteurs, quelle fut la joie du Directeur en lisant ce jugement. Le juge de paix de Vincennes n'avait aucun sens juridique, on avait enfin trouvé un président sachant comprendre les lois et qui avait su donner une leçon à Diverneresse, qui se permettait de se moquer des menaces d'un Directeur de Compagnie d'exploitation, qui osait donner de mauvais conseils aux ouvriers, que l'on guettait depuis si longtemps ; il allait en être pour son temps et devrait payer au moins 300 francs de frais.

Bon directeur de la Compagnie Parisienne, vous ne saviez pas sans doute que je n'avais pas un centime à débourser, vous ignoriez que ce procès que vous me faisiez avez l'argent de vos actionnaires, je le soutenais, moi, avec la caisse du « Sou Médical. »

Vous ne vous doutiez pas que pour 294 francs je ferais les frais d'un pourvoi en cassation, toujours avec la caisse du Sou Médical. Vous l'ignoriez alors, le Sou Médical ; vous le connaissez maintenant qu'il vous a fait livrer par la Cour de Cassation une belle veste, que vos Actionnaires paient au moins 3.000 francs. Elle est tellement belle qu'il paraît que vous n'avez pas encore osé avouer à votre Conseil d'administration que vous vous étiez payé un vêtement de ce luxe ; mais nous en causerons à la prochaine réunion des actionnaires dont je fais partie.

Sachez que le Sou Médical se charge de tous les frais des procès que de riches et mauvais payeurs font aux médecins dans le but de les vexer ou de les intimider. Si même parmi vos amis et connaissances, vous avez des Directeurs de Compagnies d'assurances ou d'usines qui veulent tâter du Sou Médical, dites-leur que nous avons des avocats qui viennent de vous apprendre qu'ils sont capables de donner à vos services du contentieux des leçons excellentes quoique un peu chères, j'en conviens. Pour leur donner un spécimen de leur talent, faites-leur parvenir ce Jugement que Mes Gatineau et Mornard viennent d'obtenir de la Cour de cassation :

Cour de Cassation (Chambre civile).

24 mai 1905.

Présidence de M. Ballot-Beaupré, premier président

RESPONSABIBITÉ CIVILE. — ACCIDENTS DU TRAVAIL. — COMPÉTENCE. — CONTESTATIONS RELATIVES AUX FRAIS FUNÉRAIRES ET DE MALADIE. — ACTION DES TIERS CONTRE DES CHEFS D'INDUSTRIE. — MÉDECIN DE L'OUVRIER.

L'article 15 de la loi du 9 avril 1898, qui veut que les contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprises, relatives aux frais funéraires, aux frais de maladies ou aux indemnités temporaires, soient jugées en dernier ressort par le Juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever, a posé une règle qui doit recevoir son application toutes les fois que la contestation soulevée est de celles que vise ledit article, sans qu'il y ait lieu de distinguer, suivant que la demande en justice est introduite par la victime elle-même ou par ceux à qui l'article 4 de la loi donne une action directe contre le chef d'entreprise.

Spécialement, le Juge de paix du lieu où l'accident s'est produit est compétent pour connaître en dernier ressort de la demande en paiement d'honoraires formée contre le chef d'entreprise par le médecin qui a donné ses soins à la victime à la suite dudit accident.

(Diverneresse c. Compagnie Générale de Tramways.)

Le Dr Diverneresse, qui avait été appelé à donner ses soins à un ouvrier victime d'un accident du travail, s'est pourvu en cassation contre un jugement du Tribunal civil de la Seine du 27 mars 1903, qui avait déclaré, au profit du chef d'entreprise, la Compagnie Générale Parisienne des Tramways, que le médecin ne pouvait se prévaloir de l'article 15 de la loi du 9 avril 1898 pour réclamer le paiement de ses honoraires.

Il a invoqué à l'appui de son pourvoi notamment le premier moyen suivant :

« Violation des articles 4 et 15 de la loi du 9 avril 1898 en ce que le jugement attaqué a décidé que le Juge de paix était incompétent pour statuer sur l'action dirigée par un médecin ayant donné ses soins à un ouvrier blessé dans son travail contre le chef d'entreprise responsable des conséquences de l'accident, sous le prétexte que la compétence de ce magistrat est restreinte au cas où le litige s'élève entre l'ouvrier et le chef d'industrie, alors qu'aucune distinction de ce genre n'est inscrite dans la loi. ».

Arrêt :

La Cour,

Sur le premier moyen du pourvoi :

Vu les articles 4 et 13 de la loi du 9 avril 1898 ;

Attendu que l'article 15 de la loi du 9 avril 1898, qui veut que les contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprises, relatives aux frais funéraires, aux frais de maladie ou aux indemnités temporaires soient jugées en dernier ressort par le Juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever, a posé une règle qui doit recevoir son application toutes les fois que la contestation soulevée est de celles que vise le dit article, sans qu'il y ait lieu de distinguer suivant que la demande en justice est introduite par la victime elle-même ou par ceux à qui l'article 4 de la loi donne une action directe contre le chef de l'entreprise ; que la réclamation des frais funéraires, en effet, figure au premier rang des contestations soumises au Juge de paix ; que l'intérêt de la victime se confond avec celui des hommes de l'art, médecins ou pharma-

ciens, appelés à lui donner leurs soins et que le législateur a voulu assurer aux uns et aux autres le recouvrement rapide des créances qui pouvaient leur être dues à la suite d'un accident de travail ;

Attendu que le jugement attaqué, sans contester que l'accident dont I..., ouvrier de la Compagnie Parisienne des Tramways, a été victime, soit survenu dans le canton de Vincennes, sans contester davantage que les honoraires réclamés par le docteur Diverneresse ne soient partie des frais de la maladie causée par ledit accident, a déclaré le Juge de paix du canton de Vincennes incompétent pour connaître de la demande aux dits frais de maladie par ce motif que, dirigée contre le chef d'entreprise, elle avait été introduite non par la victime de l'accident, mais par le médecin qui lui avait donné ses soins ; qu'en statuant ainsi, le jugement attaqué a violé l'article susvisé ;

Par ces motifs, et sans qu'il soit besoin de statuer sur le second moyen du pourvoi ;

Casse et renvoie devant le Tribunal civil de Versailles.

MM. Raynaud, rapporteur ; Melcot, avocat général (conl. concf.). — Mes Mornard et Sabatier, av.

Note. — La question, très controversée entre les Tribunaux, a déjà été tranchée, dans le sens de l'arrêt recueilli, par la Cour de cassation, dans un arrêt du 18 juillet 1903 (*Gaz. Pal.* 1903.2.610 — D.1903 1.571).

Dans cette espèce, c'était un hospice qui, ayant fait l'avance des frais médicaux et pharmaceutiques, en poursuivait le recouvrement contre le chef d'entreprise.

Cet arrêt reconnaît l'existence d'une action directe au profit du médecin (ce qui n'a plus une grosse importance depuis les modifications nouvelles apportées à la loi sur les accidents du travail, qui prescrit cette action directe); mais d'autre part, il précise que le Juge de paix du lieu de l'accident a compétence sur cette action : c'est là une solution de principe intéressante, même après la loi nouvelle.

Remarquons, en outre, qu'en conséquence de la doctrine admise par la Cour de cassation, l'enregistrement de l'arrêt a été obtenu en débet, c'est-à-dire gratis. Dans un prochain article, nous reviendrons, du reste, sur cette dispense des droits de timbre et d'enregistrement accordée aux médecins pour la procédure des accidents du travail.

Il est enfin, plaisant de remarquer que le Tribunal de la Seine avait spécialement critiqué le Juge de paix de Vincennes parce qu'il s'était appuyé sur ce fait que le législateur, en parlant des frais funéraires à l'article 15 avait bien indiqué par là qu'il n'entendait pas seulement les contestations entre ouvrier et patron, puisque dans ce cas l'ouvrier était décédé. Or, c'est précisément en tenant compte de cette indication des frais funéraires que la Cour a cassé le jugement du Tribunal de la Seine !

Dr Ch. Diverneresse.

A propos du Tarif-Accidents.

Montbron, 20 décembre 1905,

Très honoré confrère,

Abonné et assidu lecteur du *Concours médical*, j'avais cependant omis, par hasard, de prendre connaissance du numéro du 14 octobre 1905, dans lequel a été publié le tarif spécial prévu par la loi-accidents 1905. A la faveur de quelques loisirs, cet important document m'est tombé, ces jours-ci, sous la main : suivant l'invitation adressée à tous les médecins de France, je l'ai étudié et médité. Il est un peu tard sans doute pour revenir là-dessus puisque l'application rigoureuse du tarif sera faite sans modifications jusqu'au 1er novembre 1907 ; mais j'espère que la lutte va continuer et je crois de mon devoir de vous soumettre quelques réflexions concernant surtout les confrères de la campagne.

Et d'abord pourquoi un tarif spécial pour le cas où le blessé choisit son médecin?

Le législateur n'aurait-il voulu respecter sa liberté et lui laisser l'exercice de ce droit, considéré à juste titre comme sacré, que pour le lui faire payer bien cher ?

On veut sans doute empêcher des abus et limiter la charge du patron ; mais ce but est atteint, il semble, par l'application à tous les cas du tarif ouvrier minimum que l'on croit pouvoir imposer au responsable quand il fera choix lui-même du médecin.

Si le patron doit pour un accident les frais médicaux et pharmaceutiques, on ne voit pas pourquoi il devra payer une note plus élevée, d'après le tarif ouvrier local, au médecin désigné par lui-même, et une note extrêmement réduite, d'après le Tarif spécial, au médecin que le blessé aurait librement choisi.

On peut être certain qu'à l'avenir les patrons, en réalité les compagnies d'assurances, auront à cœur de laisser l'ouvrier exercer son droit, puisque, par le fait même, la charge à supporter par eux en sera si notablement diminuée. Sur quoi peut être basée cette atténuation de responsabilité ?

Et voudrait-on me dire comment sera accueillie, auprès du malheureux ouvrier mis par l'accident à demi-solde et à la misère, la demande d'honoraires supplémentaires pour le médecin traitant ?

Celui-ci n'arrivera jamais que par autorité de justice à toucher quelques sous d'un blessé auquel l'exercice antérieur de la loi a persuadé que tout est dû par le patron ; et il sera sûr de ne jamais revoir parmi ses clients, ni lui, ni aucun membre de sa famille.

Et nous, médecins de campagne, les plus sacrifiés par la loi, nous serons très heureux de faire de la philantrophie et de la solidarité à deux sous par kilomètre !

Voilà, en effet, l'indemnité de déplacement prévue par l'article 8, ou mieux, ce qu'elle sera en pratique. Car les représentants des Syndicats patronaux et des compagnies d'assurances n'ont tout de même pas osé vous proposer ce salaire de dix centimes, « c'est quarante centimes par kilomètre parcouru à « l'aller et au retour, depuis la limite de la commune « où réside le médecin jusqu'à la mairie de la com- « mune du blessé. »

Voilà une perle, une combinaison qui vaut son pesant d'or... . pour les Assureurs !

Pour la plupart de mes tournées, j'ai tenu à faire le calcul exact de ce qui serait payé pour mes déplacements d'après le tarif spécial et voici quelques résultats pris au hasard :

Montbron à Doumérac, 30 kilomètres.
aller et retour, 6 fr. 40.
Montbron à Marthon, 16 kilomètres.
aller et retour, 1 fr. 60.
Montbron à Limousines, 16 kilomètres,
aller et retour, 1 fr. 20.
Montbron à La Ribe, 14 kilomètres,
aller et retour en pays très montagneux, 0 fr. 40.
etc., etc.

Ces chiffres, je le répète, ne sont pas des exceptions ; pour l'ensemble de mes tournées la moyenne ne serait peut-être pas de deux sous.

Faites également ce calcul, confrères de la campagne, et vous verrez si j'exagère. Partant toujours d'un point fixe, votre résidence, vous avez à parcourir pour arriver à la limite de la commune trois, quatre ou cinq kilomètres : pour ceux-là vous ne toucherez rien ni à l'aller ni au retour ? Pourquoi ?

Pour augmenter les dividendes des compagnies

d'Assurances, je n'y vois pas d'autre motif. Avec chevaux et voitures, ou automobiles, vous avez au minimum trois sous de frais par kilomètre : le législateur vous en accorde deux, de quoi vous plaignez vous? Pour le surplus, adressez-vous au blessé, et vous m'en donnerez des nouvelles.

En présence d'une aussi monstrueuse injustice,je me suis tracé pour ma part une ligne de conduite à laquelle je me conformerai strictement.

Quand il s'agira de marcher pour une si belle rémunération de mes services médicaux, j'enverrai le client à mon confrère le conseiller général qui fait de la médecine électorale et gratuite.... quand cela ne le dérange pas et que le temps est beau.

Si chez lui la sonnette ne marche pas, on pourrait aller voir chez l'agent d'assurances, pour donner les soins urgents !!

De cette attitude mes recettes pourront se ressentir ; c'est une conséquence qu'il m'est permis d'accepter sans trop de craintes pour l'avenir. On protestera au nom de l'humanité, de la solidarité.... etc... mon cœur de jeune débutant aurait battu plus vite à la seule évocation de ces grands mots ; à qui la faute s'il s'est quelque peu cuirassé par une douloureuse expérience de la vie ? Pour être pris en considération,il faudrait cependant que ces accessoires de rhétorique parlementaire ne soient pas seulement à notre usage, qu'ils servent à autre chose qu'à masquer les préoccupations électorales de nos fabricants de lois, à 25 fr. par jour, plus les cigares et les frais de buvette, ou à serrer sans cesse d'un nouveau cran le collier de misère du corps médical !

Croyez bien, cher confrère, que dans ces observations, pas un mot ne s'adresse à vous et aux délégués des Syndicats médicaux à la commission spéciale.

Vous avez fait votre devoir jusqu'au bout en défendant vigoureusement les intérêts du corps médical : vos efforts ne pouvaient avoir raison d'une majorité incompétente ou de parti pris.

Je constate simplement qu'on continue à faire de la philanthropie sur notre dos.

Je vous prie, très honoré confrère, d'agréer l'assurance de mes sentiments très distingués.

Dr MAFFRE.

P. S. — Je vous autorise à faire de cette lettre l'usage que vous jugerez à propos.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Comment a été accueilli à l'Union des Sociétés de Secours mutuels des cantons d'Ivry-Charenton et Saint-Maur-les-Fossés notre rapport sur les améliorations à apporter dans les services médicaux et pharmaceutiques.

(Voir nos du *Concours médical, 1905.*)

« *Nul n'est prophète en son pays,* est un proverbe que nous venons de vérifier pour notre propre compte. Quoique nous n'ayons point à nous plaindre de l'accueil que notre rapport a reçu de différents côtés, notamment du côté de la presse pharmaceutique, nous regrettons qu'il n'en ait point été de même du côté des Sociétés des cantons cités plus haut. Nous avions craint d'avoir été un peu dur pour les pharmaciens au sujet de cette question brûlante des améliorations à apporter dans les services pharmaceutiques des Sociétés de S. M., mais il paraît, au contraire, que notre rapport a été goûté et jugé favorablement, à notre grande surprise. On aurait trouvé la question étudiée et mise au point, et l'abonnement pharmaceutique en particulier, aurait rencontré quelque faveur. Nous savons pourtant que depuis lors les pharmaciens se défendent avec acharnement contre la remise consentie de 40 % et se préparent à résilier le contrat, sous le prétexte que les Sociétés de S. M. n'auraient point tenu parole à propos de certaines conventions stipulées de part et d'autre.

Mais examinons les critiques mutualistes, celles qui nous intéressent le plus directement, adressées à notre Rapport au sein de la commission de l'Union d'abord, puis de l'Assemblée générale ensuite.

Cela donnera une idée de l'état d'esprit des bureaux des Sociétés envers le corps médical.

Comme nous l'avons déclaré, nous n'avions pour but que de rechercher l'entente entre le corps médical et la mutualité que nous approuvons et vis-à-vis de laquelle les médecins n'ont aucun parti pris. C'est l'éternelle question de l'offre et de la demande du travail, qu'il est permis d'examiner en toute indépendance, sans s'accuser réciproquement d'exploiteurs et d'exploités. Nous avions si bien compris la chose qu'envisageant la situation qui serait faite aux médecins si la mutualité continuait à se développer dans les mêmes conditions, nous avions d'abord dit que nous craignions qu'on en arrivât peu à peu à l'exploitation du médecin et nous n'avons pas hésité à retirer le terme *exploitation,* sur l'observation qui nous avait été adressée. Ce terme pourtant n'avait rien d'actuel ni d'affirmatif dans les conditions où nous l'avions exprimé et dans l'esprit avec lequel nous envisagions la marche des évènements. Nous avons néanmoins donné ainsi une première satisfaction à la commission.

Nous avions également avancé que les Sociétés *s'enrichissaient* aux dépens du médecin. La commission nous ayant fait remarquer que toutes les Sociétés ne s'enrichissent pas, nous avons reconnu que le fait n'était certainement point général, mais tout en nous demandant si, dans les Sociétés qui font exception, cela ne pouvait point tenir à des vices d'administration intérieure, nous avons supprimé le mot qui choquait, pour le remplacer par celui-ci : les Sociétés se développent *aux dépens des médecins.* Nous rappelons toutefois ce qui a été dit à ce sujet dans la thèse du Dr Darin, et nous tenons toujours pour exacts les chiffres cités.

Soit dit en passant, le danger réel, dans les villes où les Sociétés et Sociétaires sont nombreux, consiste surtout en ce que les présidents de Sociétés sont maîtres tout-puissants de la situation, qu'ils tiennent les médecins de Sociétés dans leurs mains, et que si ces médecins refusent leurs services, ils trouveront toujours un confrère (même millionnaire comme dans une commune de la banlieue de Paris) pour faire triompher l'idée mutualiste envers et contre tous les autres médecins, — ou bien ils amèneront le débutant cher à Monsieur Dupuy, qui ne demandera pas mieux, malgré tous les inconvénients résultant d'une situation fausse au point de vue déontologique et aussi au point de vue de ses intérêts à venir, d'accepter quelques milliers de francs de fixe, ce qui avec la clientèle inhérente au titre, lui constituera tout de suite une petite position. Ce danger est moins grand ou presque nul à la campagne; mais reprenons la discussion du rapport.

La Commission, en ce qui concerne la responsabilité du Sociétaire en tant que frais médicaux et pharmaceutiques de luxe, tels que consultations, visites de nuit, soins spéciaux, ordonnances de spécialistes, etc. reste muette et paraît disposée à ne point intervenir dans la question et à laisser médecin et sociétaire se débrouiller ensemble. Naturellement, dans ces conditions, c'est le médecin qui sera toujours lésé et à la merci du sociétaire se retranchant toujours derrière son titre de sociétaire.

En résumé, la Commission, dans les conclusions a adopté l'article 1er, c'est-à-dire la suppression de l'article des statuts concernant certaines maladies contagieuses parce qu'il n'y a aucune maladie hon-

teuse qui ne nécessite des soins au même titre que les autres, attendu que rien ne prouve que ces maladies soient dues à la débauche. Toutefois il n'y a pas eu unanimité.

La Commission a réservé l'article 2 demandant à ne pas accepter ni conserver dans les Sociétés les personnes riches ou dans une grande aisance. Il faut reconnaître que cette question est délicate et qu'il est difficile de rayer comme membre participant un sociétaire devenu riche ou aisé après son entrée dans la Société. Souvent, d'ailleurs, ces sociétaires abandonnent leur indemnité quotidienne, ce qui n'empêche que le médecin est toujours sacrifié. Pourtant, la Commission paraît disposée à adopter le principe d'une enquête au sujet de l'état de fortune ou d'avenir du sociétaire lors de sa demande d'admission dans la Société : un bon point. La circulaire ministérielle du 1er décembre 1897, qui engageait les membres des Sociétés mutuelles à faire bénéficier leurs Sociétés des avantages de la fortune acquise en substituant au titre de membre participant celui de membre honoraire ne peut avoir aucun effet.

La Commission a adopté à l'unanimité l'article 3, demandant la suppression de toute faveur aux membres non mutualistes d'une famille mutualiste.

Idem. — L'article 4 demandant à ce que les spécialistes soient désignés au sociétaire malade par le médecin traitant et leurs ordonnances contresignées par lui.

Idem. — L'article 5, demandant l'unification du régime médical (ce qui nous paraît un pas vers le choix du médecin et le tarif à la visite) afin que les sociétaires en subsistance jouissent des mêmes avantages que les autres.

Idem. — L'article 6 exigeant l'examen médical d'entrée, les herniaires variqueux pouvant être admis sous réserve des bandages et accidents consécutifs.

Mais (un gros *mais*) la Commission a maintenu le système de l'abonnement médical, avec ce correctif que dans les Sociétés possédant un nombre élevé de membres participants, le nombre des médecins à l'abonnement sera de un pour 300 sociétaires ou fraction au-dessus de 50 sociétaires.

Aucun des systèmes avec choix du médecin et tarif à la visite dont nous avons parlé n'a été adopté, dans la crainte unique, absolue, malgré toutes les preuves contraires que nous avons pu fournir, de voir péricliter la situation financière des Sociétés.

Ceci est un *aveu* qui démontre clairement et péremptoirement que les bureaux des Sociétés de S. M. ont le sentiment de l'appoint considérable que leur donne le médecin, — qu'ils veulent organiser toujours et quand même un service médical et pharmaceutique, — qu'ils ont la conscience de faire supporter au médecin une charge écrasante qui souvent sauvegarde et masque les fautes ou l'insuffisance d'une administration plus ou moins capable, plus ou moins énergique, plus ou moins maîtresse de ses assemblées générales.

Quant à nos conclusions concernant les améliorations à apporter dans le service pharmaceutique des Sociétés, elles n'ont pas été non plus adoptées sans quelques modifications importantes.

Ainsi la commission a prononcé.

1° L'ajournement de la création de pharmacien mutualiste jusqu'à une expérience plus complète de la question.

2° Elle a proposé l'étude du système à l'abonnement.

3° Admis le choix du pharmacien.

4° Adopté la proscription des spécialités, des eaux minérales et autres médicaments de luxe *non éprouvés.*

5° Etablissement d'un tarif par accord entre pharcien et médecin si le système à l'abonnement n'est pas appliqué.

6° La vérification des factures sur le tarif adopté, avec réduction consentie de 40 %.

7° La surveillance et le contrôle du service pharmaceutique.

8° Enfin le partage des frais pharmaceutiques entre les Sociétés quelles qu'elles soient, dont le malade fait partie.

La discussion de notre rapport en *Assemblée générale* représentant 22 Sociétés, composées de 700 membres, avec les modifications apportées aux conclusions par la commission, a été des plus courtoises.

Les modifications apportées par la commission aux conclusions du rapport ont été adoptées.

La question du *choix du médecin et du tarif à la visite* a été chaudement débattue, mais sans plus de succès, pour le corps médical, que dans la commission, hélas !

En somme, notre rapport a été, en Assemblée générale, accueilli plutôt froidement. Il a été regardé comme un travail personnel intéressant, important même, mettant bien la question au point toujours — avec des conclusions, il est vrai, dont la plupart ont été admises par la commission, — mais il n'a pas été considéré comme un Rapport émanent de la commission elle-même et il a été décidé que la commission, augmentée de nouveaux membres et s'inspirant du rapport, apporterait à une nouvelle assemblée générale les conclusions fermes prises par elle.

C'était une fin de non recevoir et nous n'avions plus qu'à nous retirer.

Les choses en sont là.

Nous ajouterons qu'un membre de la Commission possédant un bagage mutualiste des plus minces en face du nôtre, connu de tous les membres de l'Assemblée, a cru devoir donner son appréciation sur notre travail en disant qu'il n'était pas d'un mutualiste, mais d'un médecin ! L'assemblée, toujours très courtoise, n'a pas paru goûter ce jugement.

Néanmoins, tout en nous demandant encore ce que que nous avions été faire dans cette galère, nous avons la satisfaction d'avoir montré de quel côté sont la raison et le progrès, d'avoir montré aussi combien les difficultés à résoudre sont grandes, combien l'entente est difficile, combien le problème est insoluble tant qu'il sera posé aux bureaux des Sociétés de S. M.

Nous avouons sérieusement et naïvement que nous avions espéré trouver un terrain de conciliation, mais nous voilà bien obligés de nous rallier au bon sens de notre vieux *Concours médical,* qui renonce, avec raison, après bien des espérances aussi, suivies de déception, à toute entente directe avec les Sociétés, pour porter plus haut les justes revendications du corps médical.

15 décembre 1905. Dr Courgey.

CORRESPONDANCE

L'hygiène dans les stations climatériques.

Notre distingué confrère, M. le Dr E. Barthès, publiait, il y a quelques mois, dans le *Concours médical,* une étude sur ce qu'avaient à réaliser nos stations balnéaires et climatériques afin de se conformer à la loi sur la santé publique et de se donner ainsi un titre de plus pour lutter contre la concurrence étrangère.

Sa voix a-t elle été entendue chez nous ? En

tout cas, son projet passe la frontière ainsi qu'en témoigne la lettre ci-dessous.

Ostende, le 2 janvier 1906.

Monsieur le Docteur Jeanne,

Rédacteur en chef du « *Concours médical* ».

Monsieur le Docteur,

Nous avions écrit à M. le docteur Barthès pour avoir son mémoire : « De l'entente des médecins des eaux et de la commission permanente des eaux thermales ».

M. le docteur Barthès nous prie de vous écrire pour vous demander de nous envoyer les nos 40 et 42 de votre journal aux dates des samedis 7 et 21 octobre 1905.

Comme à Ostende, nous faisons une campagne pour instaurer la cure marine, nous serions désireux de publier dans l'*Echo d'Ostende* le mémoire de M. le docteur Barthès qui nous a accordé son autorisation, la subordonnant à la vôtre.

Nous vous remercions donc d'avance et nous vous prions d'agréer, Monsieur le Docteur, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

P. Le Directeur,

L. Jacquemain.

Quand l'idée de M. Barthès aura fait son chemin au dehors, on commencera à l'adopter en France, sur nos grandes plages ; mais ce sera sans doute un peu tard, et mieux vaudrait commencer tout de suite.

REPORTAGE MÉDICAL

L'aumône médicale aux riches. — Pour résister aux plus légitimes revendications des médecins et rejeter sur ceux-ci les charges qui incombent aux responsabilités fixées par la loi, Messieurs les industriels, les gros commerçants, les assureurs et tous autres capitalistes ne cessent de se lamenter sur la déchéance de notre commerce national. Pour un peu, ils auraient convaincu les gens qui aiment les opinions toutes faites, et combien de médecins sont dans ce cas-là.

Or, le *Temps* du 25 décembre (ce journal n'est pas suspect d'optimisme) rappelle un récent discours de M. le Ministre du Commerce qui se félicitait d'avoir vu nos échanges dépasser neuf milliards en 1904. De la satisfaction du Ministre, le *Temps* rapproche des statistiques qui la légitiment pleinement. Nous apprenons ainsi de M. Alfred Picard que nos exportations ont augmenté de plus de 200 millions en 1904 ; et de 32 % en dix ans ; de M. Georges Berry que ces mêmes exportations se sont élevées en quinze ans de 23 fr. par tête d'habitant, contre 12 en Angleterre et 27 en Allemagne ; d'autres documents, enfin, que notre commerce extérieur total a progressé de 26 % dans la dernière période décennale.

Allez donc conclure de tout cela que la loi sur les accidents du travail et ses similaires ont dû ruiner l'industrie et le commerce français !

Il est malheureusement bien plus manifeste que le total des honoraires du corps médical a marché d'une façon tout à fait inverse et on n'aperçoit pas facilement que ceux qui s'appauvrissent aient à faire des aumônes et des concessions à ceux qui s'enrichissent.

La jurisprudence-accidents du travail. — Un jugement du tribunal civil de Saint-Etienne, en date du 12 juillet 1905, vient de rendre une Compagnie de chemins de fer responsable de l'erreur de ses médecins qui, ayant affirmé l'existence d'une hernie inguinale chez un employé, avaient été cause de son congédiement.

Le *Droit médical* de décembre 1905, qui donne cette information, publie aussi un rapport médico-légal du Pr Berger concluant à ce qu'une double castration accidentelle n'entraînait pas, dans l'espèce, une diminution de capacité de travail. Et le rapport est suivi d'une note de M. Henri Robert qui, tout en s'excusant de parler en profane, s'étonne de ce bizarre résultat de l'application de la loi de 1898.

Les réclamations relatives au tarif accidents du travail. — Suivant l'indication qui leur avait été donnée par M. le Ministre du Commerce, MM. Brouardel et Jeanne ont remis, pour le 8 janvier, les réclamations qui avaient été adressées à l'Association Générale des Médecins de France, à l'Union des Syndicats médicaux, au Concours Médical. Mais il y a beaucoup de retardataires et nous sommes désolés de voir tous ceux-ci être encore une fois victimes de leur négligence. *Ils n'ont pas su s'y prendre à temps pour exécuter la mince besogne de recueillir quelques certtificats dont on leur avait fourni même le texte* !! Certains ont préféré se répandre en lamentations et en reproches à l'égard de nos délégués. Il s'agissait bien de cela, vraiment.

Quoi qu'il en soit, cette nouvelle faute est commise. Saura-t-on du moins en préparer la réparation avant la révision de 1907 ? Au train dont les médecins et beaucoup de Syndicats conduisent la marche de leurs affaires, il est évident qu'ils feront bien de se mettre à la besogne dès maintenant.

Une faillite et une liquidation chez les assureurs. — A la liste des faillites que publient les journaux du 10 janvier nous trouvons la déconfiture de *La Conservatrice*, compagnie d'assurances contre les accidents, siège social, 3, rue Saint-Georges, Paris.

D'autre part, l'*Officiel* du même jour publie un décret du 9 janvier, qui retire l'approbation des statuts du *Syndicat de garantie de l'Union parisienne des entrepreneurs et industriels* et prescrit la liquidation de cette Société.

Les résultats du recensement de 1901. — Au moment de préparer le recensement de 1906, le ministère vient de faire connaître les constatations de celui de 1901. Nous y voyons que la population avait augmenté de 200.000 âmes ; qu'elle s'était de plus en plus fortement portée vers les villes ; qu'elle avait notablement plus augmenté par les femmes que par les hommes, et par les vieillards que par les jeunes gens ; que les ouvriers d'industrie sont de plus en plus nombreux par rapport aux autres ; que les grands établissements et les grandes entreprises concentrent plus activement que jamais la majeure partie du personnel des travailleurs.

Il est fort probable que la récapitulation prochaine ne fera que confirmer ces observations et n'atténuera guère les doléances de M. le sénateur Piot.

Les Rayons X aux médecins. — Au nom d'une Commission composée de MM. Brouardel, Debove, Gariel, Guéniot, Henriot, Motet, Périer Pouchet, Chauffard, ce dernier vient de proposer à l'Académie de médecine d'émettre un vœu tendant à ce que l'emploi médical des rayons X par des personnes non pourvues des diplômes de docteur en médecine d'officier de santé ou de dentiste, soit considéré comme un acte d'exercice illégal de la médecine.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année — N° 3 — 21 JANVIER 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Abus de pouvoirs d'un préfet.

M. le préfet de la Lozère vient de se voir rappeler fort à propos, par le Conseil d'Etat, au respect des lois et des règlements administratifs qu'il avait délibérément foulés aux pieds, au préjudice d'un de nos confrères, membre du « Sou médical », le Dr Vincens. Par deux arrêtés successifs, il avait exclu ce médecin du service de l'Assistance médicale, pour un canton d'abord, et ensuite pour tout le territoire du département.

Le motif de cette mesure ? Dans ses conclusions à la séance du 5 janvier dernier, le commissaire du gouvernement l'indiquera sans détours. Après avoir très soigneusement analysé et examiné les faits de la cause, il conclut très énergiquement dans le sens de l'annulation de l'arrêté, « *pris pour servir des intérêts electoraux* ». (Nous rapportons les expressions mêmes dont s'est servi ce magistrat.)

Le prétexte ? le médecin était faussement accusé d'avoir compté des visites en trop sur la note des soins donnés à un assisté et, pour l'établir, il avait été procédé à une enquête administrative dans des conditions de parti pris et de partialité inouïes : refus d'entendre le médecin et de vérifier sur ses livres le nombre de visites, interrogatoire de témoins sous la forme la plus insidieuse, susceptible de leur faire répondre d'une façon en apparence affirmative à des questions dont on leur dissimulait habilement la portée, au point qu'aussitôt connu le texte — qui ne leur avait pas été soumis — de ces dépositions, ces témoins protestèrent énergiquement contre les déclarations qu'on leur prêtait et dans lesquelles ils n'arrivaient pas à reconnaître leur pensée habilement dénaturée ; tout avait été mis en œuvre. C'en était trop pour qu'une haute juridiction — comme le Conseil d'État — pût sanctionner de semblables procédés et l'on conçoit que le commissaire du gouvernement ait regretté que, dans notre régime républicain, on pût les voir mettre au service des passions politiques, quelle que fût l'opinion professée par les intéressés.

Nous nous empressons de publier le texte de l'arrêté — qui marque une victoire du Corps médical et de l'esprit de solidarité sur l'arbitraire administratif. — C'est Me Durnerin, avocat à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat, que le Dr Vincens avait chargé de soutenir son recours, et qui s'était mis en rapport avec Me Gatineau, conseil du « Sou médical » pour la préparation du dossier.

CONSEIL D'ÉTAT

Arrêté du 12 janvier 1906.

Au nom du Peuple Français,

Le Conseil d'Etat, statuant au contentieux :

Sur le rapport de la 1re sous-section du contentieux ;

Vu...

Ouï M. Tardieu, maître des requêtes, en son rapport ;

Ouï Me Durnerin, avocat du sieur Vincens, en ses observations ;

Ouï M. Teissier, maître des requêtes, commissaire du gouvernement en ses conclusions ;

Considérant que, d'après l'art. 10 du règlement sur

le service de l'assistance médicale dans le département de la Lozère, en date du 24 juin 1896, les médecins ayant adhéré à ce règlement sont attachés de droit au service de l'assistance médicale sans que leur admission soit subordonnée à l'agrément du Préfet ; et qu'aux termes de l'art. 11, tout médecin qui, après cette adhésion, refuserait son concours sans motif légitime ou qui ne se conformerait pas au présent règlement, pourrait être exclu du service de l'assistance médicale par décision motivée du préfet ;

Considérant qu'à la date du 5 mars 1904, le préfet du département de la Lozère a, pour l'année 1904, exclu le Dr Vincens, médecin à St-Chély d'Apscher, du service de l'assistance médicale pour le canton de Fournels ; qu'à la suite de polémiques suscitées par cette mesure, le préfet a pris, le 21 mai 1904, un nouvel arrêté excluant le Dr Vincens, jusqu'à nouvel ordre et sur tout le territoire du département, du nombre des médecins agréés par l'administration pour concourir au fonctionnement du service de l'assistance médicale ; qu'il résulte des considérants de cet arrêté qu'il n'a été que la conséquence et le complément de la première mesure disciplinaire prise contre le sieur Vincens, encore non prévue par le réglement ; que, dans ces circonstances, le requérant est fondé à soutenir que l'arrêté attaqué a été pris en dehors des cas limitativement prévus par l'art. 11 du réglement départemental.

Décide :

L'ARRÊTÉ CI-DESSUS DU PRÉFET DU DÉPARTEMENT DE LA LOZÈRE, EN DATE DU 21 MAI 1904, EST ANNULÉ.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE PRATIQUE

Le chlorure de sodium en thérapeutique

Comme contre-partie de l'article précédent, où nous avons montré les inconvénients et même les dangers du chlorure de sodium dans les néphrites et dans les œdèmes, il est juste que nous nous hâtions de réhabiliter, dans l'esprit de nos lecteurs, ce pauvre chlorure de sodium, dont l'humanité a si grand besoin. Les travaux de MM. Achard, Widal, ne s'appliquent qu'aux effets nuisibles du chlorure de sodium dans les hydropisies et les albuminuries ; la valeur thérapeutique et même physiologique du sel marin ne doit pas en être le moins du monde diminuée.

Le sel est et restera toujours le roi des toniques ; c'est la substance indispensable à notre croissance, à notre développement osseux, à notre énergie vitale, à notre réparation nerveuse, à notre hématopoïèse ; c'est, de plus, le spécifique incontesté du lymphatisme, de la scrofule, de la faillite phagocytaire.

Le professeur Hardy disait toujours : « De même que le mercure et l'iodure sont les médicaments spécifiques de la syphilis, de même le chlorure de sodium, *intus et extra*, est le spécifique de la scrofule. » Et aujourd'hui, grâce aux nombreux travaux de Quinton, l'on commence à connaître l'importance thérapeutique du sel marin en dissolution naturelle, c'est-à-dire de l'eau de mer, qui constitue le véritable milieu d'élection, le sérum physiologique normal pour les cellules de notre organisme. D'après la conception de Quinton même, l'eau de mer constituerait le milieu initial unique, fondamental, où toutes les cellules vivantes animales ou végétales, actuellement groupées et transformées en animaux et en végétaux, auraient puisé les éléments d'énergie et de vivification indispensables à leur développement, et c'est l'activité propre de chacune de ces cellules qui aurait transformé les qualités primitives de ce sérum unique, source de toute vie, en plasma sanguin, lymphe et sèves végétales, tels que nous les voyons aujourd'hui. L'eau de mer est donc le régénérateur, par excellence, de la vie ; c'est la souce de vie idéale, composée des éléments indispensables à notre existence, le milieu isotonique naturel favorable au développement et à la vitalité de nos cellules. Or, le principal élément minéral de l'eau de mer, c'est bien le chlorure de sodium ; c'est lui qui joue le rôle fondamental de la vivification. Sa réhabilitation est complète : c'est le rouage primordial de la vie.

I.

L'ACTION BIENFAISANTE DU CHLORURE DE SODIUM.

L'éloge du climat marin et des stations maritimes n'est plus à faire. Nous avons déjà exposé dans de précédents articles les merveilleux résultats obtenus à Arcachon, à Roscof, à Dinard-St-Malo (les Corbières), à Berck, par le simple séjour convenablement gradué des tuberculeux osseux, ganglionnaires et articulaires, et même des tuberculeux pulmonaires dans ces climats saturés de chlorure de sodium.

Dernièrement, M. le Dr Reynier, de Paris, a fait une communication à l'Académie sur tes heureux résultats que lui a donnés l'emploi de l'eau de mer ou même de l'eau salée dans le traitement des abcès froids, des adénites, des arthrites tuberculeuses.

« S'il s'agit d'abcès froids, d'adénites suppurées, après évacuation du pus par l'aspirateur, je fais, par le trocart laissé en place, des lavages de la poche avec une solution de trois à quatre cuillerées à bouche, 60 grammes environ, d'eaux-mères de sels de Salies, ou de toute autre eau similaire, dans un litre d'eau. Je fais bouillir cette solution et la filtre.

« Si l'adénite a été incisée, avec la même solution je fais des injections dans la cavité de l'abcès, et je panse avec de la gaze stérilisée imbibée de cette eau salée, que je concentre plus ou moins suivant que la peau me paraît plus ou moins irritable.

« S'agit-il de tuberculose articulaire, j'entoure toute l'articulation avec de la ouate trempée dans cette solution, et que je maintiens humide avec un taffetas gommé. Si la lésion siège au membre supérieur, je fais, en plus, prendre des bains de cinq à six heures, dans une poissonnière, les continuant pendant des mois, s'il le faut, et arrivant, ainsi que vous le verrez en lisant les observations adjointes à ce travail, à voir les lésions s'amender et même guérir.

« L'action de ces eaux vient, de plus, puissamment aider nos interventions chirurgicales. Dans certaines résections articulaires où, les lésions osseuses enlevées, le nettoyage des fongosités, tout

en ayant été fait avec soin, n'avait pu être parfait, les bains ou les lavages à l'eau salée avaient toutefois amené la guérison complète.

« Ces faits sont d'ailleurs corroborés par les travaux de Quinton et de Fourniol sur l action favorable qu'exerce l'eau de mer en injections sous-cutanées chez les tuberculeux.

« Notre solution salée est toujours plus concentrée que celle dont se servaient ces auteurs, qui ramenaient l'eau de mer à l'isotonie, c'est-à-dire aux proportions de sels équivalentes à celles du sérum du sang. C'est probablement à cette concentration plus grande que sont dus les résultats différents et meilleurs que nous avons obtenus dans les tuberculoses locales en nous servant des sels des eaux chlorurés sodiques ».

— Est-il besoin d'insister sur l'action incontestable du chlorure de sodium sous forme d'eaux-mères chlorurées de Salies-de-Béarn, de Salins, de La Mouillère-Besançon, de Salins-Moutiers dans les scrofules, dans les anémies symptomatiques de lymphocytose, dans les manifestations du rachitisme. Rien n'est plus puissant que l'application du chlorure de sodium extérieurement en frictions et en bains, contre les anémies de toute nature, depuis la chlorose des adolescents jusqu'aux anémies cachectiques paludéennes et même néoplasiques, sans oublier les anémies de convalescences et d'hémorrhagies.

L'action des eaux chlorurées sodiques sur les hémorrhagies est connue de longue date. Il y a des siècles que l'on emploie l'eau fortement salée en applications hémostatiques sur les plaies ; il y a des siècles aussi que l'on traite les fibromes utérins et les métrorrhagies qu'ils occasionnent par les injections salées chaudes et les bains chlorurés sodiques. C'est à Salies et à Salins-Moutier que l'on envoie, dans le but de leur faire subir cette double cure saline, les femmes atteintes de corps fibreux pelviens.

Le plus grand succès du chlorure de sodium, c'est la tonification, le relèvement des forces, et l'hématopoièse après les hémorragies ou après les saignées ; pour arriver à ces résultats, on emploie le chlorure de sodium sous forme de solution titrée à 7 0/00 ; c'est le sérum physiologique, que l'on doit toujours stériliser, c'est-à-dire porter à la température de 120° sous pression, avant de s'en servir pour l'injection intra-musculaire ou sous-cutanée profonde. Le sérum chloruré fait merveille dans les diarrhées cholériformes dans les convalescences de maladies graves, fièvre typhoïde, grippe, pneumonie, etc., dans les suites d'accouchements pénibles, dans les hémorrhagies par corps fibreux, dans les anémies paludéennes ; ce sérum peut être additionné de divers médicaments, cacodylate de soude, méthylarsynate de soude, de fer, glycéro-phosphates de soude, de chaux, de fer, sels de mercure (benzoate, hermophényl). Le sérum additionné est plus efficace que les médicaments isolés ; il décuple leur puissance tonifiante et stimulante. Mais, en réalité, la solution saline idéale, le sérum parfait est constitué par l'eau de mer, c'est le sérum marin de Quinton.

II

Le sérum marin.

L'eau de mer est fortement chargée de chlorures, en particulier de chlorure de sodium, de chlorure de calcium, et de chlorure de magnésium dans des proportions infiniment favorables à la tonification et à la stimulation des forces, cette eau possède en outre des propriétés radioactives très évidentes, mises récemment en lumière par de nombreuses expériences. Comme toutes les eaux minérales naturelles, l'eau de mer contient des ferments oxydants et réducteurs.

« Quel laboratoire pourrait créer un tel sérum qui synthétise à la fois toutes les forces physiques et biologiques, qui abrite dans son sein les êtres les plus fantastiques comme formes, les plus gigantesques comme dimensions. Nous connaissons les effets chimiques de la lumière solaire, capable par sa seule présence de combiner les corps simples. Eh bien ! depuis des siècles, les radiations lumineuses président aux combinaisons marines. Toute la vie n'est que la mise en œuvre, sous les formes les plus diverses, du mouvement : quel mécanicien pourrait évaluer le travail formidable de cette masse toujours agitée du va-et-vient perpétuel que lui impriment les marées. Pour réaliser les combinaisons salines, la mer ne dispose-t-elle pas, à de certains endroits, de ces creusets formidables que sont les cratères des volcans qui déversent dans sa masse tous les corps simples que nous trouvons dans les entrailles de la terre et dans la lumière des astres ? Pour coordonner toutes ses forces, pour réaliser ces solutions, le temps a apporté son concours ; nous savons combien, en chimie comme en physiologie, le temps est un des facteurs les plus importants. C'est une longue suite de siècles qui a présidé à toutes ces synthèses. »

Naturellement, l'eau de mer destinée à être employée en injections sous-cutanées comme sérum, doit être méticuleusement préparée captée au large, à environ 200 ou 300 m. de la plage à une certaine profondeur. l'eau doit être filtrée au filtre Chamberland, stérilisée à 120° sous-pression et conservée à l'abri de la lumière dans des ampoules stérilisées et scellées à la flamme Bunsen. On peut injecter le sérum marin aux mêmes doses que le sérum physiologique (5 cc. 10 cc, 15 cc., 100 cc.)

Mais, il ne faut pas vouloir l'appliquer à tous les cas, sans distinction.

« Ceux qui ont essayé le sérum marin dans la tuberculose fermée ont eu des succès très nets, que le bacille ait touché le parenchyme pulmonaire, le système ganglionnaire ou osseux. La cure à l'océanine donne dans ces affections une amélioration très rapide ; l'appétit augmente, les lésions diminuent, l'état général devient plus satisfaisant. Chez tous les lymphatiques, chez les déminéralisés, où le terrain a été ou peut être la proie de l'injection, le sérum marin sera une arme utile pour lutter avec avantage, en redonnant aux plasmas et aux tissus les métaux biochimiques nécessaires.

« Au dernier congrès, Gautrelet a précisé l'action de ce traitement et a dit pourquoi il était utile dans la tuberculose pulmonaire au premier ou au deuxième degré, et nuisible au troisième degré. »

En somme, l'eau de mer en injections produit les mêmes effets que l'air marin sur les tuberculeux ; excellents chez les débutants, déplorables chez les « vétérans ».

Voilà donc un premier point qui parait acquis : le sérum marin en injections est d'une remarquable efficacité chez les prétuberculeux. Quelle

ressource précieuse pour enrayer la maladie, chez les jeunes sujets, par exemple dans les cas où l'huile de foie de morue est mal tolérée !

On peut encore employer le sérum marin chez les convalescents de pneumonie, de pleurésie, de grippe intense avec neurasthénie, mais *à condition que l'analyse de l'urine ne révèle pas l'existence de l'albumine.*

M. le Dr Marie a obtenu des succès remarquables chez un assez grand nombre d'aliénés. Il faut d'ailleurs tenir compte, pour saisir judicieusement les indications de l'emploi du sérum marin, de sa teneur en sels minéraux dont les propriétés sont parfois opposées.

L'eau de mer contient, en effet, trente-deux corps simples, parmi lesquels des sels de sodium, potassium, calcium, magnésium, du chlore, de l'iode, du brome, de la silice, etc. Or, chacune de ces substances a une action plus ou moins opposée l'une à l'autre :

« Ainsi l'excès de calcium peut provoquer la paralysie générale ; au contraire, un excès de citrate sodique excite les centres nerveux et provoque des accès tétaniques. Si on injecte simultanément les deux sels à doses convenables, les effets seront neutralisés et aucun phénomène morbide ne prendra naissance. Un sel soluble de calcium injecté diminue considérablement l'excitabilité électrique ; le citrate trisodique l'exalte. Cette démonstration a été donnée par un élève de Sabbatani, Regoli, qui a étudié l'action des métaux alcalino-terreux sur l'excitabilité électrique de l'écorce cérébrale. Cette action anatagoniste des deux composés, calcique et sodique, a été constatée sur la moelle épinière, les nerfs, les muscles striés.

« *Cavazzani* étudia l'action de l'oxalate de potasse sur le plasma musculaire, comme contribution à la doctrine de la contraction.

« La myosine contient du calcium ; si on injecte dans l'aorte abdominale d'une grenouille de l'oxalate de potasse, l'irritabilité musculaire disparaît pour réapparaître après une deuxième injection d'un sel calcique. Des doses massives d'oxalate amènent chez la grenouille une paralysie d'origine centrale, qui peut disparaître après des injections d'un sel de calcium.

« Le calcium qu'on rencontre physiologiquement dans le sang, la lymphe, les centres nerveux, les muscles, etc., doit donc avoir une action modératrice de l'activité cellulaire.

« Si la quantité de calcium est faible, l'activité cellulaire s'accroît ; si elle est forte, cette activité diminue.

« La solution physiologique additionnée de chlorure de calcium conserve plus longtemps que la solution physiologique pure l'excitabilité des nerfs de la grenouille. Umberto, dans son étude sur l'*Elimination du calcium par les urines des aliénés et son emploi thérapeutique dans certaines psychopathies*, revient sur cette action spéciale du calcium. Si la solution employée, saturée d'oxygène, contient à la fois du chlorure de calcium et du chlorure de sodium, les centres nerveux sont plus excités qu'avec la solution physiologique simple (Battelli).

« Tous ces importants travaux montrent que l'action physiologique de l'eau de mer ne peut pas être assimilée à celle obtenue avec la solution de sodium à 9 0/00, puisque cette eau contient des sels calciques à côté de trente autres corps.

« C'est en dissociant les actions spéciales des composés organo-métalliques contenus dans le sérum marin qu'il sera possible d'étendre son emploi et d'en préciser l'action. »

Dr Paul Huguenin.

PÉDIATRIE

Doit-on réhabiliter le lait de chèvre ?

Opinions et interviews de MM. Budin, Variot, Marfan, Sevestre, Boissard et Triboulet,

Sous ce titre : La réhabilitation du lait de chèvre, nous avons publié récemment un article dans lequel nous exposions, d'après M. Barbellion, les avantages du lait de chèvre comme mode d'allaitement des nourrissons. Nous nous demandions, en terminant, si l'intéressante opinion de notre confrère trouvait ou non crédit auprès des maîtres en pédiatrie ?

Pour répondre à cette interrogation nous nous sommes adressés aux pédiatres dont les noms font autorité en matière de puériculture. Désireux de présenter les deux faces de la question, de mettre en relief les défauts aussi bien que les qualités du lait des espèces caprines, nous avons sollicité l'avis non seulement des maîtres favorables à ce mode d'allaitement, mais également des maîtres que leurs travaux nous désignaient comme défavorables. Notre but a été de soumettre cet important sujet — important pour tous les médecins et principalement pour les praticiens de campagne — à la lumière de la critique. Mais avant d'entrer dans le détail de notre étude, nous avons le devoir de remercier de leurs réponses et de leur bienveillant accueil les pédiatres dont nous reproduisons ci-après les opinions.

M. le professeur Budin.

Le professeur Budin observe, si je puis m'exprimer ainsi, vis-à-vis du lait de chèvre, une juste neutralité. Ne l'ayant pas expérimenté assez largement, il ne conseille ni ne déconseille son emploi.

— Les familles aisées de ma clientèle, nous dit-il, élèvent leurs enfants au sein, soit de la mère, soit d'une nourrice. Les femmes pauvres de ma clinique et de ma consultation de nourrissons allaitent leurs nouveau-nés ou leur donnent du lait de vache, le seul qui soit à leur portée... Dans ces conditions, je manque en somme d'expérience clinique réelle du lait de chèvre et je ne saurais formuler une opinion catégorique à son sujet.

— Ce que je sais, c'est que, dans certaines régions de la France, beaucoup de parents nourrissent leurs enfants au lait de chèvre et paraissent s'en bien trouver.

— Ce que je sais également, c'est que, en matière de puériculture, il faut non seulement tenir compte de la substance alimentaire utilisée (lait maternel, laits animaux), mais encore et surtout peut-être de la façon dont cet aliment est administré. Avec une bonne méthode je ne me refuse pas à croire que l'on puisse obtenir du lait de chèvre des effets satisfaisants. Toutefois, je le répète, je n'ai pas eu jusqu'à ce jour à

faire d'étude clinique sérieuse de ce lait en pédiatrie, pour les raisons que j'énumérais tout à l'heure.

M. Variot.

Le Dr Variot, médecin de l'hôpital des Enfants-malades, est défavorable au lait de chèvre.

— Les exemples qu'il m'a été donné de voir des nourrissons élevés au lait de chèvre, nous dit-il, n'ont pas été encourageants. Plusieurs de ces enfants m'ont été présentés dans un mauvais état de santé et cependant ils appartenaient à des familles aisées qui avaient fait tous leurs efforts pour se procurer du lait de chèvre de bonne qualité.

— Je base mon avis sur des observations cliniques et je n'ai pas d'explication théorique à avancer. Dans le lait de chèvre, est-ce la caséine qui est défectueuse, est-ce autre chose, je n'en sais rien et ne m'aventurerai pas sur ce terrain... D'ailleurs, on ne doit attacher aux résultats de l'analyse chimique que l'importance qui convient. Le bon lait est celui qui réussit le mieux aux enfants.

— Mon expérience n'est donc pas, pour Paris, favorable au lait de chèvre. Il n'en est peut-être plus ainsi en province et dans certains pays étrangers. Ainsi, en Espagne, en Italie, aux îles Ioniennes, on obtient, m'a-t-on dit, de bons résultats du lait de chèvre. J'enregistre simplement ce témoignage.

M. Marfan.

Dans un travail sur l'allaitement, le Dr Marfan, professeur agrégé à la Faculté, signale les observations de deux nourrissons élevés au lait de chèvre chez lesquels il dut cesser ce mode d'alimentation, au bout de quelques semaines, en raison de troubles gastro-intestinaux — troubles qui disparurent quand les enfants furent mis au lait de vache stérilisé.

Souhaitant connaître l'opinion que M. Marfan avait pu se faire ultérieurement à la publication de son ouvrage, nous avons sollicité de lui une réponse qu'il a bien voulu nous faire, par lettre en ces termes :

« Ce que j'ai observé depuis, nous écrit-il, n'a fait que fortifier mes réserves au sujet de l'emploi du lait de chèvre cru, au moins comme aliment exclusif et permanent des nourrissons élevés à Paris. »

M. Sevestre.

Nous venons de reproduire les opinions défavorables de MM. Variot et Marfan. Nous allons enregistrer maintenant les avis favorables de MM. Sevestre, Boissard et Triboulet.

Voici la réponse que nous avons reçue du Dr Sevestre, médecin de l'hôpital Bretonneau et membre de l'Académie de médecine.

« Je pense, nous écrit-il, que le lait de chèvre est bon, mais, pour des raisons diverses, il n'est pas toujours facile de le faire adopter par les mères ; aussi, n'ai-je pas eu souvent l'occasion de suivre l'allaitement des enfants par ce lait. »

M. Boissard.

Le Dr Boissard, accoucheur à la Maternité de l'hôpital Tenon, est un des pédiatres dont l'opinion présentait pour notre enquête un intérêt spécial : la haute compétence de ce maître en puériculture et les essais cliniques personnels qu'il a faits du lait de chèvre donnent, en effet, à son avis, une importance particulière.

Résultats cliniques.

— Il y a quelques années, nous dit M. Boissard, j'ai appliqué dans mon service le lait de chèvre à l'alimentation des nourrissons, et les résultats que j'ai obtenus se trouvent exposés dans un travail paru en 1900. Dans le travail en question, j'ai combattu les préventions élevées contre le lait de chèvre et j'ai montré que, cliniquement, c'est un mode d'allaitement artificiel qu'il ne faut pas dédaigner.

On a reproché au lait de chèvre, entre autres critiques, son odeur particulière et la variabilité extrême de sa teneur en beurre et en caséine. Or, écrivai-je dans mon mémoire : « L'odeur du lait de chèvre est en rapport avec l'alimentation des chèvres, avec la sélection des espèces et le croisement des races. Le lait que j'ai expérimenté provenait de chèvres alpines et murciennes ; frais, il n'a pas d'odeur : c'est même un moyen précieux pour reconnaître avec certitude la qualité du lait et sa provenance ; au contraire le lait provenant de races non sélectionnées présente une odeur *sui generis*.

« Quant à la variabilité de la composition du lait de chèvre, elle est en rapport avec la race de l'animal et avec l'époque du part ; en s'adressant à telle ou telle race, on pourra donc avoir un lait plus ou moins riche en beurre et en caséine.

« On comprend, certes, que, donné sans discernement et pour ainsi dire au hasard des provenances, le lait de chèvre ne puisse convenir à l'alimentation des nouveau-nés ; mais si, par une sélection judicieuse des races et une alimentation appropriée des chèvres, on arrive à obtenir un lait d'une teneur en beurre et en caséine à peu près constante, dont la composition se rapproche très sensiblement de celle du lait de femme, je ne vois pas pourquoi un tel lait ne prendrait pas une place importante dans l'alimentation des nouveau-nés.

« Le lait de chèvre que j'ai employé était donné soit dans le service, c'est-à-dire à des tout nouveau-nés, soit à ma consultation de nourrissons, c'est-à-dire à des enfants âgés de quelques mois. Chez les premiers, comme chez les seconds, le lait donné non coupé fut bien supporté ; outre l'augmentation de poids, les garde-robes ne présentèrent pas d'odeur : leur coloration seule m'a paru particulière, s'éloignant du type bouton d'or ou œufs brouillés pour se rapprocher de l'aspect d'un potage à la farine de maïs. »

Je disais en terminant : « Je crois pouvoir affirmer que le lait de chèvre sera un adjuvant précieux dans l'alimentation des nouveau-nés, sous la réserve que ce lait, provenant de races caprines sélectionnées, sera donné frais et avec les précautions de la plus minutieuse propreté. »

Le lait de chèvre à Paris.

— Le lait de chèvre, poursuit M. Boissard, m'a donc procuré de bons résultats cliniques. Si je n'ai pas continué et généralisé son usage à ma consultation de nourrissons, c'est uniquement en raison des difficultés matérielles d'approvisionnement.

Les grandes villes en général, et Paris en particulier, se prêtent en effet très mal à l'emploi du lait de chèvre en pédiatrie et voici pourquoi. Le lait de chèvre a pour avantage principal — et c'est là sa supériorité essentielle sur le lait de vache —de pouvoir être donné frais, vivant, sans avoir subi aucune manipulation, mais cet avantage exige qu'il soit pris peu de temps après la traite, ou encore au pis de l'animal. Il est nécessaire, par conséquent,que les chèvres qui le fournissent se trouvent à proximité et que « l'enfant aille à la chèvre ou que la chèvre vienne à l'enfant ».

Or, avoir des chèvreries à Paris est un problème presque insoluble. La chèvre, sans doute, est un animal de petite taille, peu encombrant ; mais c'est aussi, par nature, un animal assez sauvage et rebelle à la stabulation. Pour les vaches, on n'éprouve pas d'embarras à les garder à l'étable : c'est ainsi qu'il existe dans l'enceinte de Paris plus de 200 nourrisseurs qui vendent du lait de vache recueilli chez eux. Je ne discute pas, pour l'instant, si c'est là une bonne ou une mauvaise chose. Toutefois, ce qui est possible pour les vaches, ne l'est plus pour les chèvres. Ces dernières ne supportent pas aisément la stabulation prolongée; elles ont besoin d'exercice, de déplacement. On doit même les surveiller à cet égard, car elles sont destructrices. Tout cela rend très malaisé l'établissement de chèvreries dans Paris; aussi, dans la réalité, n'en existe-t-il pas.

Le lait de chèvre stérilisé.

Il y a bien le lait de chèvre stérilisé qui peut être consommé à distance, mais en vérité, la stérilisation est la négation des avantages essentiels du lait de chèvre : la supériorité de ce dernier est de pouvoir être pris frais et vivant.

Tels sont les obstacles auxquels on se heurte lorsqu'il s'agit de donner du lait de chèvre à nos nourrissons parisiens. Telles sont les raisons pour lesquelles j'ai dû cesser son emploi.

Le lait de chèvre dans les campagnes.

Dans les campagnes, dans les petite villes,peut-être dans les banlieues des grandes villes, ces impedimenta ne se retrouvent plus : là, l'usage du lait de chèvre devient aisé. La chèvre se révèle alors avec toutes ses qualités : elle est douce avec les enfants, propre, facile à traire aseptiquement ; elle se prête à l'allaitement au pis et, si la race est sélectionnée et l'animal bien nourri, elle donne du bon lait. Il est des régions de France où on ne nourrit pas autrement les enfants.

Le lait de chèvre et les œuvres de puériculture.

— Je signalais tout à l'heure les difficultés d'approvisionnement qui se présentent pour nos consultations de nourrissons. Ces difficultés seraient moindres pour certaines crèches et certaines pouponnières installées hors des villes. Grâce à leur situation, ces établissements pourraient avoir à proximité un troupeau de chèvres. Il y aurait là, je crois, un essai intéressant à tenter.

Les œuvres de puériculture.

M. Boissard ayant été ainsi conduit à nous parler des œuvres de puériculture, nous n'avons pas voulu le quitter sans lui demander son opinion sur cette question médico-sociale à l'ordre du jour.

— Mon avis est très net, nous a-t-il répondu. Les œuvres de puériculture se divisent en deux groupes : celles dites de séparation (crèches,pouponnières,etc.), qui séparent la mère de l'enfant; celles de non séparation qui aident la mère et lui laissent le soin de son enfant (consultations de nourrissons). Les premières donnent des résultats cliniques manifestement inférieurs aux secondes. D'un autre côté, elles coûtent le double, argument qui est fort important dans une question à la fois médicale et sociale. Dans ces conditions et pour ces motifs péremptoires, je suis partisan des œuvres de non séparation. C'est vers elles surtout que doivent tendre les efforts des médecins et des philanthropes.

M. Triboulet.

MM. Variot et Marfan, nous l'avons vu, ont observé des enfants, élevés au lait de chèvre, chez lesquels, en raison de troubles morbides divers, on dut suspendre l'usage de ce lait. Le Dr Triboulet, médecin des hôpitaux de Paris, nous a présenté la contre-partie de ces observations, c'est à-dire des nourrissons malades pour qui le lait de chèvre a constitué un régime curatif efficace.

— Chez les enfants de tempérament arthritique qui ont des fermentations gastro-intestinales avec le lait de vache, nous dit M. Triboulet, le lait de chèvre me paraît un excellent remplaçant. Dans les formes assez graves, le Kéfir de lait de chèvre est vraiment tout à fait remarquable.

Un fait de pratique également curieux, c'est la tolérance du lait de chèvre par plusieurs enfants érythémato-impétigineux, chez qui ce régime m'a paru une des bases du traitement général.

J'estime qu'au cas de maladie de Barlow, formes frustes ou accentuées, le lait cru de chèvre est le meilleur à donner. J'ai pu voir à Berck plusieurs petits malades à manifestations articulaires non définies (type Barlow) s'améliorer remarquablement avec le lait de chèvre.

— Quant au lait de chèvre chez les nourrissons normaux, ajoute le Dr Triboulet, si j'en juge par mon expérience personnelle, je le crois un peu fort pour les nouveau-nés (même coupé). Les succès réels concernent, dans mes observations, des enfants de 4 mois et au-dessus ; j'ai cependant un sujet de un mois. Pour une mère faisant du demi-sevrage prématuré (de 3 à 5 mois) l'adjonction de deux rations de lait de chèvre, 80 à 100 grammes chaque fois, donne des résultats parfaits.

Conclusions

Comme conclusions, nous désirons simplement résumer et mettre en relief les points essentiels qui nous paraissent pouvoir se déduire logiquement des opinions professées par les maîtres que nous avons consultés :

1° Le lait de chèvre a procuré aux maîtres en pédiatrie des succès, soit comme régime normal (Boissard), soit comme régime thérapeutique (Triboulet). Il a eu, il est vrai, aussi, ses insuccès (Variot, Marfan).

2° L'approvisionnement du lait de chèvre cru soulève dans les grandes villes de sérieuses difficultés. Dans ces conditions, l'usage de ce lait, à Paris, ne semble pas devoir actuellement se généraliser.

3° A la campagne, l'allaitement par le lait de chèvre est réalisable beaucoup plus facilement.

Il est à souhaiter que les médecins de campagne, s'inspirant des essais de MM. Boissard, Barbellion et Triboulet, étudient de leur côté cette question : le *Concours médical* enregistrera volontiers les résultats que ses lecteurs voudront bien lui communiquer à ce sujet.

Dr P. Lacroix.

OPHTALMOLOGIE

L'Œil brightique.

Par le Docteur Trousseau.

C'est à Bright (1836) et à Landouzy (1849) que nous devons la connaissance des rapports qui existent entre les troubles de la vue et les affections rénales. Mais ce n'est guère que depuis quelques années que nos notions sur ce point sont devenues précises. Dans quelle proportion les brightiques sont-ils atteints de lésions oculaires ? De 33 % dit Galezowski, 21 °/o affirme Lécorché, 13 °/o conclut Freirichs, de 9 °/o écrit Wagner. Ces statistiques donnent des résultats sensiblement différents ; aussi, ai-je cru devoir faire un travail analogue. De semblables études, pour être sérieuses, ne doivent pas être tentées dans un service d'ophtalmologie, mais bien dans les hôpitaux ordinaires ; l'examen doit porter non seulement sur les individus qui se plaignent de phénomènes visuels, mais encore sur ceux dont l'attention n'a pas été attirée dans ce sens. J'ai pu observer 50 malades pris au hasard dans divers services de médecine, et je n'ai rencontré que 8 fois des lésions relevant directement du brightisme, ce qui donnerait une proportion de 16 °/o. Deux malades étaient affectés, sans le savoir : l'un présentait une rétinite très accentuée dont il ne se doutait nullement ; donc pas de statistique valable sans examen ophtalmologique minutieux. Si certaines maladies, telles que le tabes, la syphilis, s'attaquent à plusieurs parties du globe oculaire, il n'en est pas ainsi pour les lésions rénales, qui retentissent seulement sur le système neuro-rétinien. Je ne crois pas que de semblables affections aient amené des paralysies musculaires comme l'ataxie, des cataractes comme le diabète. Je n'ignore pas qu'on a décrit des cataractes albuminuriques, mais les faits publiés ne me semblent pas concluants, d'autant plus que la glycosurie accompagne souvent l'albuminurie. Deutschmann aurait rencontré 11 °/o de cataractes néphrétiques ; je ne m'explique pas alors pourquoi, sur 100 malades cataractés dont j'ai recueilli les urines 2 fois à 15 jours et un mois d'intervalle, je n'ai trouvé l'albumine que dans 3 cas et encore le sucre coexistait-il dans 2 de ces cas, et n'y avait-il, dans le troisième, que des traces impondérables d'albumine qui ne purent être retrouvées par la suite.

C'est surtout la rétine qui est frappée.

Voici l'image ophtalmoscopique habituelle.

Le nerf optique est infiltré, gonflé, parfois turgescent ; autour de lui, la rétine est le siège d'un œdème assez abondant qui lui donne une couleur grisâtre : en cercles, autour de la papille se trouvent des flammèches rouges (hémorragies accolées aux vaisseaux), entremêlées de points ou taches blanchâtres. La macula reste indemne, mais autour d'elle sont des points blancs disposés en étoiles ou des stries blanchâtres arrangées en éventail.

Les points blancs sont des foyers de dégénérescence graisseuse ou des fibres rétiniennes sclérosées.

A côté de cette rétinite caractéristique, il existe des variétés incomplètes. Tantôt les lésions semblent limitées à la papille et à la portion contiguë de la rétine, tantôt, au contraire, elles sont surtout périmaculaires. Parfois, on ne rencontre qu'une simple rétinite hémorrhagique sans points blancs. Je pense que cette dernière forme existe surtout alors que l'albuminurie est nettement sous la dépendance d'une artério-sclérose généralisée.

L'affection est presque toujours binoculaire : c'est là un excellent caractère. Mais il ne faut pas oublier que Eales (Opht. Soc., 11 décembre 1884) a rapporté un cas où l'œil gauche était seul pris, que Brunet (*Journal des Sociétés médicales de Lille*, 1884,) a publié une observation de néphrite parenchymateuse pendant laquelle seul, le côté droit du corps présenta de l'œdème, tandis que l'œil droit seul fut affecté de rétinite albuminurique. Ce dernier fait, fort curieux, fut rapproché par l'auteur de celui d'Yvert : un homme, avec une néphrite parenchymateuse, n'eut de rétinite qu'à gauche ; à l'autopsie, il fut constaté qu'il n'existait qu'un seul rein, situé également à gauche. Il est probable, d'après une théorie de Potain, qu'il s'agit là de phénomènes placés directement sous la dépendance du grand sympathique, régulateur de la circulation unilatérale.

Les rétinites néphrétiques ne se montrent pas seulement dans le mal de Bright franc, dans les néphrites typiques, mais encore dans la plupart des états congestifs, même passagers du rein. On les observe chez les femmes enceintes, dans les albuminuries de la scarlatine, de la variole ; j'en ai vu une chez un albuminurique terminant une angine diphtérique. L'urine ne resta anormale que 15 jours ; au bout de 3 semaines, la rétinite rétrocéda et ne tarda pas à guérir presque complètement.

Comme l'ont montré Terson, puis Abadie (*Un. Méd.*, 1882), ces rétinites peuvent exister alors qu'on ne rencontre pas d'albumine dans les urines. Rapportées par Abadie à une sclérose générale, elles furent considérées par d'autres comme des cas exceptionnels simulant les rétinites néphrétiques. J'ai pu démontrer dans le « Bulletin de la Clinique des Quinze-Vingts » et par une série d'observations consignées dans la thèse du Dr Gaud, sur les rétinites sans albuminurie, qu'il était absolument indispensable de répéter fréquemment les analyses et que, dans tous les cas où ces rétinites s'étaient manifestées, l'albumine avait paru tôt ou tard dans les urines.

Le Dr Dieulafoy n'avait-il pas précédemment indiqué combien était fréquent le brightisme sans albuminurie et mis en relief un fait capital, à savoir que cette affection peut être reconnue même avec des urines négatives, alors qu'il existe un certain nombre de signes tels que troubles auditifs, pollakiurie, doigt mort, démangeaisons, éruptions cutanées, folie brightique (Dieulafoy, Raymond, Ribail). Ces précieuses indications facilitent grandement les recherches étiologiques et nous permettent de ranger dans la classe des rétinites d'origine rénale, celles qui paraissaient devoir sortir du cadre nosologique habituel.

Il faut savoir distinguer les lésions rétiniennes décrites il y a un instant, de celles qu'amène la glycosurie et dans lesquelles on ne trouve ni œdème papillaire, ni suffusion rétinienne, ni lésion spéciale de la macula. Ceci est quelquefois un peu théorique, et le diagnostic différentiel est souvent embarrassant, surtout si le sucre et l'albumine se rencontrent en même temps dans les urines.

Y a-t-il, en dehors de la rétinite, d'autres affections du fond de l'œil qu'on puisse sûrement rattacher aux néphrites ?

On a décrit des névrites brightiques. Cette lésion me semble rare à l'état isolé. Je pense qu'un examen minutieux à l'image droite fera presque toujours rencontrer quelques hémorragies ou quelques points de dégénérescence graisseuse au voisinage de la papille.

Quand les signes sont surtout marqués du côté du nerf optique, il est très difficile de distinguer une névro-rétinite brightique d'une névro-rétinite d'origine cérébrale. Dans les deux affections, il y a des hémorragies et dans la névrite cérébrale il existe parfois des taches blanches dues, pour Galezoswki, à la dégénérescence scléreuse des fibres rétiniennes. On fixera donc l'attention sur les symptômes concomitants qui ont ici un intérêt majeur et on répètera plusieurs fois les examens d'urine.

L'atrophie essentielle du nerf optique n'est jamais sous la dépendance du brightisme, mais on saisit qu'après une infiltration papillaire ou une hydropisie des gaines du nerf, il puisse se faire un commencement d'atrophie de la papille consécutif au trouble de nutrition et à la compression des éléments nerveux. La papille reste, après une pareille crise, d'un blanc grisâtre peu prononcé avec des vaisseaux à calibre réduit, mais il est rare, à moins d'un processus d'une violente intensité, que l'atrophie se complète et que la cécité survienne. N'y aurait-il pas là une altération de la myéline avec intégrité du cylindre axe ?

Les amblyopies sans lésion existeraient dans l'urémie ; elles sont mal connues.

Le décollement de la rétine peut s'observer, mais seulement après un abondant épanchement péripapillaire, dont il est la conséquence, il est toujours partiel et siège non loin de l'émergence du nerf optique.

Dans le brightisme les troubles visuels ne sont presque jamais très marqués, ils sont irréguliers et correspondent à la dissémination des lésions. Quelques malades conservent une acuité presque satisfaisante, avec des altérations dont l'importance surprend l'observateur.

Le pronostic reste sérieux, mais il est rarement fatal pour l'œil. Il est subordonné à l'état général du sujet. Peu de rétinites guérissent sans laisser de traces, peu amènent une cécité incurable. On a vu des résorptions complètes, des produits épanchés et des restitutions étonnantes de la vision. C'est surtout dans les albuminuries transitoires que cet heureux résultat peut être espéré.

Depuis quelques années, l'apparition des troubles oculaires chez les brightiques est considérée comme un signe de mauvais augure. Mes observations personnelles confirment cette façon de penser ; les lésions oculaires dénotent certainement un état fâcheux du sang, et de l'appareil circulatoire. Miley (Opht. Soc., 26 janvier 1888) dit que lorsque surviennent les phénomènes rétiniens, la survie n'est pas de plus de 18 mois. Snell (Opht. Soc., 1888) a produit la statistique suivante :

Sur 103 patients frappés par la rétinite néphritique, 57 sont morts dans la première année, 12 dans la deuxième année.

Le traitement local est peu actif. Des sangsues, des ventouses Heurteloup à la tempe sont utiles, mais seulement s'il y a une abondante infiltration. Les purgatifs salins, les sudorifiques, les injections de pilocarpine, l'iodure de potassium peuvent rendre de signalés services ; l'utilité de ces divers moyens semble de faible importance à côté de l'action si réellement bienfaisante du régime lacté et lacto-végétarien. Chez les femmes enceintes, Lorinz recommande l'accouchement prématuré ; Howe va même jusqu'à préconiser l'avortement.

Est-il possible, chez un albuminurique, de prévoir, d'éviter ces fâcheux accidents ! Hélas non ! car la pathogénie en est encore obscure.

Est-ce l'hypertrophie du cœur, l'élévation de pression dans le système aortique qui joue le principal rôle comme le veut Traube ?

Est-ce l'état des vaisseaux rendus friables par l'artério-sclérose ? Sont-ce des troubles sympathiques, comme on pourrait le déduire des faits de Potain ?

Ces théories ne sont guère satisfaisantes, aussi me crois-je autorisé à répéter ici ce que j'énonçais en 1886 (*Bulletin des Qiunze-Vingts*, p. 196) :

« Les rétinites dites albuminuriques ne sont pas liées à la présence de l'albumine dans l'urine, mais bien, comme le réclame la théorie micro-bio-chimique, à un empoisonnement occasionné par la rétention, dans le sang, des produits de désassimilation et des divers poisons engendrés par l'organisme lui-même. Tout individu dont le rein fonctionne mal élimine incomplètement les matériaux qui auraient dû servir à la constitution de son urine s'il avait été bien portant ; et a par cela même un pied dans l'urémie. »

La qualification de rétinites urémiques ou toxiques conviendrait parfaitement aux affections que je viens d'étudier.

GYNÉCOLOGIE

Diagnostic précoce de l'épithéliome utérin (*suite*) (1).

par le Dr Petit.

Chirurgien-adjoint de l'hôpital libre Saint-Michel.

Epithéliome du corps utérin.

En dehors de la cachexie précoce, il n'est pas un des symptômes attribués au cancer corporéal qui ne puisse manquer, non seulement à son début, mais à sa période d'état. Il n'est pas rare, même à cette période, de ne trouver avec la cachexie, que l'hémorrhagie et s'il y a atrésie du col, l'hémorrhagie même peut faire défaut, alors que le néoplasme a déjà mûri en vase clos. Mais, ordinairement, cachexie, hémorrhagie, hydrorrhée, douleurs, hypertrophie de l'organe se manifestent simultanément et de très bonne heure.

L'amaigrissement, nous le savons, peut coïnci-

(1) Voir le numéro du 16 janvier 1905.

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

—

Concours à Dr G., à A. (B. P.). — Vous recevrez prochainement les noms des confrères du Béarn, en vue de l'organisation syndicale.

Dr M. à F. à *Concours*. — Je vous remercie de votre empressement à me faire expédier le tarif Jeanne qui est vraiment précieux; que d'abus il corrigerait, si tous nous nous engagions à l'appliquer ?.

Le Dr G. de V. m'a communiqué votre affiche au sujet des « accidents du travail » notre pays est un centre minier ; à peine un ouvrier sur 30, connaît-il la loi. A ce sujet il y a des abus que vous croiriez difficilement authentiques, tant ils sont énormes.... Cette affiche largement propagée ouvrirait assurément certains yeux obstinément fermés.

Réponse. — Nous sommes heureux de vous voir persuadé comme nous de l'utilité de ces affiches, instruisant l'ouvrier de ses droits en ce qui concerne le libre choix de son médecin, et des résistances qu'il a intérêt à opposer à certaines pressions venant des compagnies d'assurances. Dans l'espèce, la cause ouvrière et la cause médicale peuvent et doivent être poursuivies de pair.

Il faut, comme vous le dites, répandre à profusion ces affiches que nous tenons à la disposition des syndicats dans les conditions exposées dans nos colonnes d'annonces.

Concours à Dr D. B. à P. — Nous remettons la publication de votre note, jusqu'à la prochaine visite que vous nous promettez.

Il nous faudra nous entendre sur le sens et sur le libellé de cette note.

Dr Emile Barthès à *Concours*.

Perpignan, 15 janvier 1906.

Mon cher confrère et ami,

Dès mon installation à Perpignan, j'y reçois les meilleurs témoignages d'affection de tous mes compatriotes et constate, le cœur réjoui, qu'il existe un Syndicat médical présidé par le Dr Sabarthès avec lequel j'exerçais la médecine à Rivesaltes il y a 22 ans.

Je vous remercie d'avoir inséré dans le *Concours* la lettre du Directeur de l'*Echo d'Ostende*, convaincu que vous lui aurez donné satisfaction.

La veille de mon départ d'Auch, le Syndicat médical du Gers, présidé par mon vaillant ami Dansan, s'est réuni et a voté à l'u-

Suite page VIII.

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

nanimité les deux propositions concernant les vaccinations et le choix du médecin laissé à l'indigent.

Ce sont les deux premières revendications. Les autres vont suivre.

Je n'aurai donc perdu ni mon temps ni ma peine, et il faudra bien que la cause des médecins syndiqués *triomphe* et elle TRIOMPHERA.

Agréez, mon cher confrère et ami, l'assurance de mes sentiments les meilleurs en vous priant de me compter plus que jamais au nombre de vos collaborateurs les plus dévoués.

Dr E. BARTHÈS,
Inspecteur départemental de l'Assistance publique des Pyrénées-Orientales.

N. B. — Prière d'insérer la présente, qui donnera du cœur à mes anciens collaborateurs du Gers.

Concours, à Dr L.., à V. — Nous tiendrons à la disposition de la Pharmacie Centrale de France les dix exemplaires (n° 1, 1906), contenant votre article : *Les honoraires des chirurgiens d'hôpitaux, dans les accidents du travail.* — Certainement, nos colonnes vous seront toujours ouvertes pour des notes d'intérêt général professionnel.

Dr B., à C., à *Concours*. — En qualité d'abonné au *Concours médical* et de membre des œuvres filiales « Sou, Amicale », je me permets de recourir à vos lumières, pour être renseigné très exactement sur les points suivants :

Une commune a-t-elle le droit d'assurer elle-même, et, en dehors de la préfecture, le service d'assistance médicale aux indigents ? Dans quelles conditions ? A-t-elle le droit, en un mot, de ne pas se laisser englober dans l'assistance départementale ? Dans la commune où je suis installé, qui compte 4.143 habitants ce service était assuré, avant 1900, par un confrère qui avait accepté le tarif de la préfecture, à l'abonnement (1 fr. par an et par indigent, 300 inscrits environ).

Depuis 1900, ce confrère et moi ne voulons plus entendre parler de ce tarif départemental ridicule.

Néanmoins, nous avons continué à soigner les indigents.

Sur nos réclamations réitérées, la mairie finit par nous payer la note que nous présentâmes en 1903, comprenant les soins donnés aux indigents depuis 1900.

Cette note était établie

Suite page X.

der avec les meilleures apparences. Qu'il ne s'y joigne pas de la perte des forces, de l'anorexie.

Les métrorrhagies dites *fonctionnelles* de la ménopause ne sont généralement que l'exagération de métrorrhagies antécédentes dues à des causes diverses : adénome, fibrome, endométrite interstitielle, angio-sclérose... De deux choses l'une : ou la régression sénile l'emporte et l'aménorrhée définitive s'établit au bout de six mois à un an ; ou ces causes diverses, autres que le néoplasme malin, continuent à agir : parce que l'adénome s'est fait polype muqueux, parce que l'endométrite interstitielle continue à évoluer sous forme atrophique et ulcéreuse, parce que le fibrome s'énuclée au dehors, parce que dans l'artériosclérose locale la dégénérescence vasculaire l'emporte sur la sclérose du stroma..., et les hémorrhagies persistent et peuvent même se renouveler au bout de longues périodes d'aménorrhée, ce qui ne laisse pas que d'inquiéter.

Mais lorsque, vers la cinquantaine, après un arrêt prolongé de la menstruation, il survient chez une femme antérieurement bien réglée, une perte de sang, d'abondance d'ailleurs très variable, nous savons tous qu'il est bien rare qu'il ne s'agisse pas de cancer. Disons qu'il faut toujours y penser, même quand une autre cause est manifestement en jeu, même quand la femme est jeune. Oui, pour dépister plus souvent le cancer utérin à ses débuts, il faudrait toujours et *sans aucun retard*, chez les femmes de tout âge, rechercher la cause exacte de toute hémorrhagie utérine et penser qu'elle peut être multiple, que le cancer peut être en jeu ; mais trop souvent encore l'insouciance, les préjugés sur le retour d'âge, ou encore la crainte irraisonnée de la révélation du péril s'opposent à nos efforts en ce sens.

Dans le cancer du col, l'apparition des douleurs permet d'affirmer l'envahissement des tissus péri-utérins. Mais dans le cancer du corps, alors que la lésion est encore limitée à l'organe, il peut survenir des douleurs paroxystiques qui, par leur violence même, doivent donner l'éveil. D'autres malades n'accusent que des douleurs modérées ou de simples sensations de gêne, de pesanteur.

L'*hypertrophie de la paroi utérine* ne s'accompagne pas toujours d'un allongement de la cavité.

L'*hydrorrhée* se présente sous forme d'un liquide jaunâtre ou rougeâtre et d'odeur fade, écœurante, avant d'être fétide.

Le diagnostic doit tout d'abord être complété par le *curettage explorateur*. Ordinairement, le volume, l'aspect lardacé, la friabilité des fragments détachés par quelques coups de curette, d'une curette assez mince pour franchir un isthme non dilaté, suffisent à lever tous les doutes. Dans le cas contraire, il ne faut jamais manquer de dilater l'organe et de pratiquer le toucher intra-utérin et un curettage *complet* qui pourra ramener, d'une zone circonscrite, des débris d'apparence non douteuse ou d'une surface plus ou moins large, une gelée muqueuse ue l'examen histologique seul pourra attribuer l'adénome ou au cancer naissant. De la désorientation kariokynétique poussée à l'excès résultent l'atypisme cellulaire, la disparition de la membrane limitante des glandes et de leur lumière centrale. Ces trois caractères suffisent pour faire un diagnostic même de façon très précoce.

D'après les Allemands il faudrait admettre une forme de transition, un *adénome malin*, ne se différenciant de l'*adénome bénin* que par la disparition de la *limitante*. Mais, en France, on est cancéreux ou on ne l'est pas, et nous n'admettons pas ce moyen terme qui explique ces statistiques opératoires d'Outre-Rhin, si humiliantes pour nous.

L'endométrite des femmes âgées s'accompagne de pertes fétides, de métrorrhagies qui, à première vue, donnent absolument le change avec le cancer. J'en ai observé et traité plusieurs cas. Mais, il s'agit ici d'endométrite atrophique (sauf exceptions dues à des infections préménopausiques); et en pareil cas la curette, au lieu de ramener des débris épais, fongueux ou lardacés, tombe sur un tissu qui crie d'emblée sous le tranchant et ne lui abandonne que des parcelles muqueuses beaucoup moins abondantes que n'en fournirait la muqueuse saine d'une femme en activité génitale. Parfois s'y mélangent de petites concrétions caséeuses.

D'après les traités les plus récents de gynécologie, les conséquences des atrésies acquises du col, en l'absence du cancer, varieraient suivant que les femmes ont dépassé ou non la ménopause et dans le sens suivant : avant la ménopause, il faut craindre des accidents graves d'hématométrie et d'hématosalpinx, tandis que chez les vieilles femmes il ne faut compter qu'avec les accumulations de mucus, de pus ou de gaz. C'est une inexactitude susceptible de provoquer l'erreur que je veux précisément prévenir.

En dehors de l'endométrite, les altérations vasculaires de l'utérus sénile suffisent à y provoquer des raptus sanguins et ce sang, retenu au-dessus des occlusions fréquentes de l'isthme ou de l'orifice externe, peut être en assez grande quantité pour donner le change avec la rétention des liquides sanglants du cancer.

J'ai en ce moment même en traitement une dame de 62 ans qui s'est présentée à moi dans les conditions suivantes : toujours très bien portante jusque-là, elle voyait en ces derniers mois ses forces décliner, n'avait plus d'appétit, maigrissait, lorsqu'un brusque écoulement de sang vint la mettre en émoi. En introduisant l'hystéromètre, je déterminai moi-même l'issue d'un liquide rouge pourpre et sirupeux qui remplit à moitié une valve de Sims ; d'autre part la curette exploratrice ramena quelques fragments très friables. Bien que ces fragments fussent très peu abondants, que le liquide retenu fût sans odeur, j'avoue que je crus tout d'abord au cancer, et proposai même l'hystérectomie abdominale totale, sauf contre-indications données par un curettage complet pratiqué au préalable sous le bromure d'éthyle. N'étaient mes convictions sur la nécessité de cet examen complémentaire, j'eusse certainement fait une intervention inutile.

Les hémorrhagies dues à l'endomésartérite et surtout à la calcification des artères séniles peuvent se manifester pour la première fois très tard et prendre une grande importance. J'ai gardé le souvenir d'une malade qui fut prise, de ce fait, vers 80 ans, de pertes très graves et que je pus facilement et complètement guérir par de simples pansements intra-utérins au chlorure de zinc.

En dehors de la sénilité, l'artério-sclérose uté-

rine semble relever le plus souvent de l'arthritisme, mais pourrait dépendre aussi de la syphilis qui, par ailleurs peut déterminer, non seulement dans le col, mais dans le corps de l'utérus (si l'on s'en rapporte à un travail récent de M. Barthélemy): «Ces scléroses localisées, des ulcérations végétantes ou non, enfin des gommes se présentant sous forme de tumeurs saillantes, mamelonnées, toutes lésions qui peuvent facilement donner le change avec le cancer (Barthélemy) (1).» On reproche aux syphiligraphes de mettre trop souvent en cause la syphilis. Il semble probable que, de notre côté, nous n'y pensons pas assez.

L'épithéliome du corps utérin évolue en général moins vite que celui du col et nous savons qu'il nous permet plus souvent d'obtenir des guérisons prolongées. Souvent aussi ces heureux résultats coïncident avec la précocité du diagnostic, mais non toujours, car encore une fois, il faut compter avec cet inconnu : le degré de malignité.

J'ai pratiqué, en 1895, l'hystérectomie vaginale à une dame de 54 ans qui avait fait sa ménopause deux ans auparavant et ne présentait pour tous symptômes que de la cachexie et des pertes sanguines abondantes, survenues depuis quelques mois ; pas de pertes odorantes, pas d'hydrorrhée, pas de douleurs, pas d'hypertrophie du corps utérin. Je ne crois pas possible de tomber sur un cas plus récent au point de vue histologique. Il a inspiré la description de la page 80 de l'excellente thèse de M. Auguste Petit sur le diagnostic histologique des curettages utérins et se trouve représenté dans la figure 5 de la Pl. I et la fig. 27 de la Pl. IV. On pourra y voir que s'il existait une hypertrophie glandulaire extrêmement accusée, les altérations significatives se bornaient au manque de fixité dans le plan de division des kariokynèses. Les couches épithéliales intraglandulaires étaient particulièrement nombreuses, mais les glandes avaient encore leurs lumières et leur membrane limitante. En un mot, le processus était encore intraglandulaire, n'avait pas encore envahi le stroma. Et pourtant, un an à peine après l'hystérectomie, je constatai une énorme tuméfaction des ganglions lombaires, facilement perceptibles à travers la paroi très amaigrie, et la malade ne tardait pas à succomber.

Par contre, j'ai revu *en parfait état*, tant général que local, trois ans et demi après une hystérectomie abdominale totale, une femme que l'on pouvait certainement hésiter à opérer, très cachectisée, perdant du sang en abondance, souffrant de crises excruciantes au cours desquelles, bien que très courageuse, elle hurlait de douleur en attendant l'effet de la morphine ; cette femme était atteinte d'un épithéliome qui formait déjà au fond de la cavité utérine une saillie bosselée des plus nettes. *(A suivre.)*

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Remarques sur le pronostic et le traitement des affections cardiaques.

Porter un pronostic exact sur une affection cardiaque est chose difficile, car il est impossible de connaître d'une manière certaine la mesure dans laquelle le myocarde est intéressé dans une infection, et la quantité d'énergie vitale que le cœur possède en réserve. Des considérations générales sur la longévité dans les différentes variétés d'affections cardiaques seules peuvent être émises.

Pour ce qui est des lésions congénitales et des lésions valvulvaires du cœur droit, nous savons que le pronostic est plutôt sombre. La chose est vraie surtout pour les altérations graves du myocarde, tandis que les lésions valvulaires consécutives à une endocardite fœtale permettent parfois une survie de 50 ans et davantage.

Quant aux lésions valvulaires du cœur gauche (aortiques, mitrales ou combinaison des deux), on peut admettre les règles énoncées par Poels pour les assurances sur la vie. Cet auteur, pour *toutes* les lésions valvulaires du cœur, distingue trois groupes, en considérant l'âge du malade, la cause de la maladie, l'hérédité, l'état social, le genre de vie, la constitution générale.

1er groupe (longévité de 15 ans et plus).

La lésion valvulaire, de cause inconnue, existe depuis l'enfance chez un malade âgé de moins de 35 ans. Dans les antécédents, ni rhumatisme, ni maladie infectieuse, ni hérédité. Constitution générale bonne. Etat social très bon.

2e groupe (longévité de 10 ans et plus).

La lésion valvulaire est apparue depuis 10 ans au moins à la suite d'un rhumatisme ou d'une maladie infectieuse ; pas de récidive du rhumatisme. Genre de vie en rapport avec la stabilité de la compensation. Etat général bon.

3e groupe (longévité de 5 ans et plus).

La lésion valvulaire est consécutive à du rhumatisme, qui récidive de temps en temps. Age du patient : 40 ans et plus. Hérédité chargée. Vie agitée. Constitution assez bonne. Conditions sociales assez bonnes.

Ce sont là naturellement des considérations générales, et les cas particuliers peuvent empiéter sur l'un ou l'autre groupe. Mais les bases d'appréciation choisies par Poels sont bonnes ; ce sont celles-là qui jouent le rôle principal dans le pronostic des lésions valvulaires, simples ou compensées. Il en est de même pour les altérations plus étendues du muscle cardiaque, qui sont consécutives à des maladies infectieuses, et pour les troubles circulatoires, qui apparaissent au cours de l'artériosclérose, des maladies de la nutrition (goutte, diabète), des affections chroniques des poumons et des reins, auxquels cas le pronostic est généralement moins bon.

Les troubles cardiaques dans la maladie de Basedow, ou dans les affections nerveuses, comportent, *a priori*, chez les individus jeunes, un pronostic favorable ; chez les névropathes d'ailleurs il est rarement possible de faire disparaître tous les phénomènes subjectifs.

Si d'une façon générale, les affections cardiaques semblent plus graves chez l'homme que chez la femme, la grossesse est chez celle-ci d'une influence défavorable.

Quant à la *thérapeutique*, les principes suivants doivent être adoptés : en présence d'une affection cardiaque reconnue, et d'un état fonctionnel du cœur encore suffisant, il faut s'efforcer de maintenir le *statu quo* le plus longtemps possible ; s'il y a une décompensation, il faut la faire disparaître et tâcher d'éviter le retour de troubles fonc-

(1) Barthélemy.—Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire des organes génitaux internes de la femme : *La syphilis*, sept. et oct. 1904.

tionnels plus graves. Voici, à cet égard, quelques indications primordiales :

Avant tout traitement, il sera absolument nécessaire d'ordonner le repos au lit. Dans les cas où l'examen le plus minutieux permet seul de déceler une affection cardiaque, alors que le malade n'éprouve encore aucun trouble du côté du cœur, il faudra, tout en permettant certains travaux physiques, veiller à ce que de plus grandes pauses de repos soient ménagées ; celles-ci seront plus nombreuses que le malade, encore susceptible de travailler, ne le voudrait. Sans effrayer le malade et son entourage, il sera parfois nécessaire d'user de persuasion, de donner quelques indications restreintes sur l'affection, pour atteindre ce but.

Au début d'une crise de décomposition c'est le repos absolu au lit, qui le plus souvent est indiqué. Ici se place la question importante de l'administration de la morphine sous la forme d'injections sous-cutanées Jamais, dans une simple dyspnée cardiaque, le Professeur Treupel (*Münch. Med. Wochens.*, 1905, n° 41) n'a vu la morphine causer de dommages ; il en a toujours obtenu d'excellents résultats, même pour compléter l'action d'autres médicaments cardiaques. Dans ses effets sédatifs, elle ne peut être surpassée, chez un cardiaque agité, par aucun autre remède : en calmant le corps et l'esprit, elle épargne au cœur un travail inutile. Dans le cas d'excitation grave, Treupel donne un centigramme de morphine à côté des injections de camphre, faites toutes les demi-heures ou toutes les heures, et il répète cette dose suivant les besoins. Si le danger est moins pressant, il commence par une injection sous-cutanée de 5 à 8 milligrammes, et il augmente progressivement la dose. C'est là une précaution essentielle, quand il y a des complications sérieuses du côté du poumon.

Il est inutile d'insister sur l'administration de la digitale et sur ses indications ; à noter seulement que, s'il y a des vomissements, on obtient de bons résultats au moyen de suppositoires dosés à 0,20 centigrammes de poudre de digitale, à raison de trois par jour. Parmi les succédanés des feuilles de digitale, l'auteur recommande la digalen, par trois doses quotidiennes d'un demi-centigramme, à l'intérieur, ou par une dose quotidienne d'un demi-centigramme, si l'usage en est prolongé. L'administration sous-cutanée de la digalen est douloureuse ; elle entraîne une réaction locale assez marquée ; aussi vaut-il mieux s'en abstenir.

Quand la décompensation a disparu, ou quand l'état fonctionnel du cœur montre qu'elle est sur le point de disparaître, il s'agit de prendre les mesures nécessaires pour éviter son retour, car de nouveaux troubles cardiaques ne sont pas sans augmenter chaque fois les lésions du cœur. Il faut régler judicieusement le genre de vie du malade : celui-ci s'abstiendra de boissons alcooliques, il absorbera le moins possible de liquides et fera par intermittences des cures de déchloruration. Les sports lui seront interdits, mais plus particulièrement l'usage de la bicyclette, même d'une manière très modérée.

Un cardiaque, qui vient de traverser une période de décompensation, ou qui n'en est pas encore arrivé à ces troubles fonctionnels, peut tirer de grands bénéfices d'une cure balnéaire (bains de boue, d'eau riche en acide carbonique, etc.), ainsi que d'une gymnastique physique rationnelle ; mais, il doit rester soumis à une surveillance médicale de tous les instants, et il ne faut pas qu'il en espère une guérison définitive.

MÉDECINE LÉGALE

Marche à suivre pour l'examen et l'internement d'un aliéné

Par M. H. Bidon,
Médecin des hôpitaux de Marseille

L'appréciation de l'état mental d'un individu, dans sa famille, est une chose difficile et pleine d'embûches. Pour y arriver, M. H. Bidon a donné les conseils suivants dans deux leçons de son cours libre de neurologie et de psychiâtrie. Ils présentent pour le médecin praticien un intérêt de premier ordre.

En présence de la personne à examiner, le médecin doit se poser les deux questions suivantes :

1° *L'individu qu'on me présente est-il atteint d'aliénation mentale ?*

2° *Quelle conduite faut-il tenir envers lui ?*

Diagnostic général de l'aliénation mentale

Il ne faut jamais se prononcer à la légère sur l'état d'esprit d'une personne que l'on connaît peu. Elle peut être l'objet de tentatives inspirées par la cupidité, ou en proie à un simple accès fugitif de passion. On peut se trouver également en présence d'un simulateur, ou encore d'un fou cachant son délire. Il faut commencer par une enquête discrète auprès de l'entourage, interroger longuement les personnes de la famille sur les *antécédents héréditaires* du malade, sur ses *antécédents personnels*, sur son genre de vie, sur les conditions occasionnelles du début de son mal.

Cela fait, on se rend auprès du malade.

Comment faut-il donc aborder l'aliéné ? — S'il est alité, s'il croit être malade, en un mot, *s'il a quelque conscience de son état*, il accepte ou même réclame les secours du médecin et l'on n'aura qu'à paraître en cette qualité pour être bien accueilli.

S'il est *tout à fait inconscient et dépourvu de lucidité*, il se laissera interroger ou manifestera toutes ses bizarreries ; ici encore p oint de difficulté.

Mais, s'il est *inconscient de sa situation morbide, tout en conservant sa lucidité* (c'est par exemple, le cas des persécutés), il se voit contrecarré en tout par sa famille, juge qu'on veut le faire passer pour fou, et craint la visite du médecin, qu'il interprète comme un avant-coureur de la séquestration. Alors le problème devient ardu !

La famille prie généralement le médecin de se présenter *en personnage du délire*. Mais, combien la tâche est pénible ! Se comporter en pasteur, en financier, en diplomate ou en tailleur, et accomplir en même temps sa mission médicale, est vraiment peu commode : l'aliéné dépiste vite l'envoyé et parfois s'amuse de son embarras.

Arriver *en envoyé de l'administration* est déjà mieux. Ball le recommande. On interviendra alors avec autorité, car l'aliéné est très impressionnable par tout ce qui appartient à la force publique, on vient écouter sa plainte, instruire son affaire.

Si l'on ne tombe pas sur un malade assez intelligent pour vous démasquer, c'est une tactique recommandable à l'égard des persécutés ; mais elle courrait grand risque d'être très nuisible aux auto-accusateurs et autres mélancoliques.

Régis donne un conseil plus simple : on se donne tout bonnement pour ce qu'on est, *pour un médecin*. Ce subterfuge rend la conversation facile. Il suffit de dire que tel membre de la famille demande des soins, de commencer par l'examen de ce sujet, de passer par d'habiles transitions à celui du véritable patient et de causer peu à peu avec lui de ses idées pathologiques en profitant des mots qui auront échappé à lui ou aux siens ; c'est certainement la meilleure manière.

Mis d'une manière ou d'une autre en présence de l'aliéné, il faut procéder avec ce dernier à son *examen mental*.

D'après Shaw et Morsellie, cités par Séglas, voici l'attitude du malade devant l'interrogatoire dans les diverses maladies mentales :

a) *Il répond aux questions* :

1° *A toutes* les demandes et soutient une conversation suivie (dépression légère, mélancolie sans délire, délire systématique, folie morale et raisonnante, obsession, impulsion).

2° *A certaines demandes* seulement, sans soutenir un dialogue à cause de son émotivité (manie, mélancolie, dépression ou excitation des délires hallucinatoires aigus, toxiques, névropathiques, vésaniques), ou de sa faiblesse d'esprit, soit momentanée (torpeur cérébrale, confusion mentale), soit définitive (démences).

b) *Il ne répond pas aux questions* :

1° Par *incapacité* (idiotie, crétinisme, démence avancée) ;

2° Par *mutisme absolu volontaire* : mélancolie et stupeur avec froid aux extrémités (délire des persécutions, avec air arrogant et quelques phrases hautaines ; « Vous le savez mieux que moi ! Cela me regarde. »)

3° Par *absorption en son monologue* ; il ne parle que pour lui (manie, délire hallucinatoire, confusion mentale délirante, démence) ;

4° Par *incohérence* : il ne profère que des phrases ou des paroles décousues (démence incohérente, paralysie générale, idiotie).

La conversation renseignera de la sorte sur le *fonds intellectuel* (Régis), si l'on demande au malade son âge, la date de sa naissance, de petits calculs détournés, des appréciations littéraires, politiques, morales.

Elle révèlera encore le *fonctionnement psychique*, ce qui permet d'apprécier la volonté du sujet, sa suggestibilité, sa crédulité, ses sentiments d'affection, de cupidité, d'ambition. On pourra, en le faisant calculer, apprécier ses facultés de mémoire : en le faisant écrire, on aura un document souvent important de ses fonctions motrices (Rogues de Fursac). En consultant ses écrits spontanés, en provoquant la rédaction de son auto-biographie, l'on obtiendra le meilleur moyen pour découvrir les idées délirantes.

Cet examen mental sera souvent confirmé par l'*examen physique*. On le fera aussi complet que possible.

La synthèse de tous ces renseignements permet de formuler une opinion sur la santé physique et mentale de la personne.

On aura de la sorte déjoué les calculs intéressés de l'entourage, démasqué la simulation et souvent même non seulement fait le diagnostic de l'aliénation, mais encore on l'aura déjà classée dans le cadre nosographique dont elle se rapproche le plus. Mais on aura soin, si le cas paraît douteux, de ne pas conclure. On sollicitera alors de nouvelles explorations ou l'adjonction d'un confrère expérimenté.

II. — Marche a suivre pour l'internement.

L'aliénation mentale étant avérée, le devoir du praticien est d'en commencer immédiatement le traitement d'urgence. Il faudra choisir entre le traitement dans la famille, les voyages, le séjour dans un établissement hydrothérapique, l'internement dans une ville ou dans un asile ou une maison de santé.

A. — Indications de l'internement.

1° Relativement à la *position sociale du malade*. Le riche mal installé pour l'isolement à la campagne ; l'individu de la bourgeoisie moyenne incapable d'en payer les frais ; le membre de la classe ouvrière dans laquelle chacun doit travailler pour vivre, ne peuvent recevoir de bons soins qu'à l'asile.

2° Par rapport à la *thérapeutique* et à la *curabilité*. Pour les variétés chroniques et incurables, l'internement n'est, à vrai dire, qu'une mesure de préservation individuelle et sociale. Mais, dans les formes aiguës, les chances de guérison sont dix fois plus nombreuses dans la maison de santé, même sans aucun soin, qu'à domicile avec toutes les ressources de la thérapeutique, et cela d'autant plus que le cas est plus récent. Le dévouement de la famille est donc aussi onéreux pour elle que pernicieux pour le malade.

2° Eu égard au *danger personnel et social*. Ce péril ne se mesure guère que d'après les tendances propres à chaque genre de folie, combinées avec les réactions particulières à chaque sujet.

B. — Contre-indications de l'internement.

Il n'y en a véritablement que deux (Anglade) ; la brièveté de la maladie, la confusion mentale légère.

En général, dans les *délires infectieux* ou *toxiques* (sauf dans l'alcoolique), le trouble de l'esprit n'a pas une durée suffisante pour qu'on ne puisse, dans la famille ou dans un quartier spécial d'hospice, garder quelques jours le malade et lui éviter l'humiliation attachée par nos mœurs à l'internement. Tous les ans on envoie de la ville dans les asiles des malheureux atteints de fièvre typhoïde et quelquefois de pneumonie avec délire ; l'intensité des phénomènes mentaux masque les symptômes somatiques et des praticiens peu attentifs commettent la regrettable méprise de prendre ces fébricitants pour des aliénés. Il est nécessaire de signaler ce fait.

Dans la *confusion mentale* légère, ou envoie de convalescence, le séjour à l'asile augmentant la désorientation, mieux vaut laisser le malade dans son milieu habituel où il se reconnaît avec moins de peine. Au contraire, l'internement s'impose au début du mal et dans ses formes graves, quand l'agitation ou la stupeur mettent en jeu les jours du sujet.

C. — Technique de l'internement dans un asile public ou privé :

L'internement, facteur de sauvegarde, est encore un agent thérapeutique (Régis). Le médecin

a donc seul le droit de le prescrire, après en avoir démontré la nécessité. Il laissera, bien entendu, aux parents, le choix de l'établissement où l'on placera le malade, mais c'est lui qui devra leur indiquer la manière de procéder.

Payant ou gratuit, le placement est volontaire quand il est réclamé par la famille, ou d'office quand il est ordonné par l'autorité administrative.

I. — Placement volontaire payant. — Il faut produire une demande d'admission, une pièce d'identité et un certificat médical.

a) *Demande d'admission.* — Un parent ou ami adresse au directeur du manicome une demande mentionnant ses nom, prénoms, âge, domicile et profession, par laquelle il déclare vouloir placer un malade sur lequel il fournit les mêmes indications ; en outre, il énonce à quel titre il agit. En général, les établissements ont une formule imprimée que le public n'a plus qu'à remplir et signer ; elle comporte à l'ordinaire l'engagement de payer le prix de la pension.

b) *Pièce d'identité.* — Un extrait de l'acte de naissance, le livret militaire ou de famille, les cartes d'électeur ou d'identité, le permis de chasse, un passe-port, un titre de pension, une commission officielle. Elle servira au directeur pour s'assurer de l'identité de la personne à placer.

c) *Certificat médical.* — C'est le document le plus important, celui sans lequel l'internement n'est permis qu'en cas d'urgence absolue, celui qui engage le plus la responsabilité du médecin. On ne le délivrera jamais à la légère, sans avoir soigneusement étudié le patient, pour ne pas attenter à la liberté individuelle d'un homme bien portant. Aussi en Angleterre, où l'on est plus jaloux encore de cette liberté, exige-t-on deux certificats faits séparément par deux médecins qui devront énumérer les faits observés par eux, sur lesquels ils fondent leur opinion et ceux qui leur auront été rapportés. En Amérique, la loi de l'Etat de New-York exige même que chacun de ces médecins exerce depuis trois ans au moins. En France, les vraies garanties de sécurité se placent avant l'internement, et elles possèdent une efficacité réelle à cause de l'étroite dépendance dans laquelle l'administration préfectorale tient asiles et maisons de santé.

Voici, un modèle pratique de certificat :

« Je soussigné..., docteur en médecine, demeu-
« rant à..., rue..., n°..., déclare et certifie que
« M. X..., âgé de... ans, demeurant à... et exer-
« çant la profession de... est atteint de troubles
« mentaux. Ce malade présente (des hallucinations,
« des idées d'homicide...). Son état exige donc
« des soins spéciaux et une surveillance continue
« qui nécessitent son internement dans un asile
« d'aliénés. A..., le... Docteur .. » (légalisation).

Sous peine d'une amende d'au moins 60 francs on le rédigera sur papier timbré. Puis, on le fera légaliser par le maire ou le commissaire de police de sa résidence. Si le médecin craint de trahir le secret professionnel en divulguant ainsi le nom du malade dans les bureaux, il lui est loisible de laisser le nom en blanc au moment de la légalisation et de ne l'inscrire qu'après cette formalité.

Cette pièce n'est valable que pendant quinze jours à partir de sa date : la loi suppose, en effet, qu'en ce temps l'état a pu se modifier suffisamment pour que les constatations ne répondent plus à la réalité.

Enfin le médecin n'a pas le droit de délivrer de pareils certificats s'il est le médecin de l'établissement où le malade va être interné, ou le parent jusqu'au deuxième degré inclus du sujet, de la personne qui demande l'internement, du médecin ou du directeur de la maison de santé.

Ce qu'on demande n'est pas une observation scientifique et détaillée. Il faut seulement constater et formuler avec précision :

1° *L'état d'aliénation mentale.* — En pratique, se contenter de signaler l'existence de troubles mentaux, ce qui choquera moins les profanes.

2° *Les particularités de cet état psychique.* — Ici mettre en valeur les faits qui vous obligent à réclamer l'internement (réactions violentes, impulsions à l'homicide ou au suicide, hallucinations, idées de persécution systématisées).

3° *La nécessité de l'internement.* — Indiquer que la mesure s'impose pour donner au malade les soins nécessités par son affection et le mettre hors d'état de se nuire ou de porter préjudice à autrui.

II. — Placement volontaire gratuit. — Il n'existe qu'en théorie, les préfets ne voulant pas recevoir de malades à l'asile, si l'internement n'est pas indispensable à la sécurité publique. Pour placer un aliéné indigent, on délivrera cependant un certificat identique au précédent ; la famille l'adressera au maire ou au commissaire de police de son arrondissement qui le transmettront au préfet. Celui-ci demandera généralement un rapport au médecin-inspecteur et ordonnera l'internement. Le placement volontaire gratuit se transforme ainsi en un placement d'office, long et difficile à obtenir.

III. — Placement d'office. — Ordonné par l'autorité, il se fait sur le vu d'un certificat médical établissant qu'il y a danger imminent pour le malade et son entourage et qu'il est nécessaire de procéder à l'internement.

Ce certificat n'est pas astreint au timbre pour les indigents (placement d'office gratuit). Dans sa rédaction, il est nécessaire d'insister avec détails sur le caractère dangereux du malade, sans quoi les commissaires de police ne veulent pas prendre la responsabilité du placement immédiat.

Muni du certificat d'urgence, le commissaire de police (le maire, dans les petites communes) interne le malade, puis en réfère au préfet qui statue sans délai. En pratique, cela n'est pas aussi simple : les asiles étant encombrés d'indigents, l'autorité préfectorale a partout donné l'ordre de se montrer très sévère pour les placements d'office. Aussi les commissaires s'efforcent-ils de renvoyer l'affaire à la préfecture et d'attendre la décision du médecin-inspecteur. A plus forte raison en est-il ainsi pour les malades admis dans les hôpitaux où on feint de les croire à l'abri de tout péril.

On recourra encore au placement d'office quand la famille a demandé régulièrement un placement volontaire payant, mais qu'elle ne réussit pas à conduire le patient dans un établissement d'aliénés. Le médecin mentionnera l'urgence dans un certificat, sur papier timbré et requerra le commissaire de police de saisir le délirant pour le transporter aux frais de la famille. Dans ce cas, les commissaires font des difficultés pour

diriger le malade sur une maison de santé particulière et croient ne devoir leur concours que pour un placement à l'asile public. C'est une erreur, car les placements d'office peuvent se faire dans tout établissement régulièrement autorisé.

Toutes ces formalités ayant été accomplies, reste à *transporter le malade* à l'asile, déplacement qu'on doit effectuer sans scandale, sans même attirer l'attention de personne. Certes, le médecin n'est nullement tenu de procéder à cette opération : s'il consent à y assister, ce ne sera que pour être agréable à la famille de son client. Mais il doit au moins donner des conseils utiles, qui seront hautement appréciés dans le désarroi où se trouvent alors les parents du malade.

Il faut partir de ce principe que l'aliéné est très crédule pour tout ce qui se rapporte à son délire (Luys) et qu'il se laisse enjôler dès qu'on fait vibrer ses instincts égoïstes (Kéraval), tandis qu'on obtient peu de lui en s'adressant à ses sentiments altruistes. Aussi, pour les malades conscients, faut-il trouver un prétexte de déplacement en concordance avec l'idée délirante : ce sera une simple promenade, une visite à un personnage influent, un rendez-vous d'affaires, une plainte contre le persécuteur à porter au domicile d'un magistrat pour se recommander mieux à lui, des recherches à faire pour louer ou acheter une villa. Aux sujets agités mais inconscients, on pourra administrer un narcotique au moment de les faire monter en voiture : le trajet s'effectuera ainsi sans trop de tapage ou même dans le silence complet. Quant aux individus calmes et privés de la conscience de ce qui se passe autour d'eux, il suffit de les mettre dans un fiacre, ils arrivent à l'asile sans la moindre difficulté.

A la maison de santé, le malade et les personnes qui l'accompagnent sont reçus par un employé. On introduit le patient dans un salon, et pendant que quelqu'un l'occupe, les parents se retirent.

Alors commence le *rôle du médecin de l'asile*. Dans les trois jours de l'entrée, il doit adresser au préfet un *certificat* dit *de vingt-quatre heures* motivant l'internement. Dans les trois jours qui suivent la réception de cette pièce, la préfecture envoie son *médecin-inspecteur* examiner le patient. Cette démarche n'est pas prescrite par la loi ; elle ne s'étend donc pas à toute la France, mais elle est la meilleure application du droit de contrôle que les autorités administratives et judiciaires possèdent sur les asiles d'aliénés. Quinze jours après l'admission, le médecin de l'asile délivre un nouveau *certificat* dit de *quinzaine*, relatant les changements survenus depuis l'entrée et la nécessité (s'il y a lieu) de prolonger l'internement. Ensuite, il doit, *tous les mois*, *résumer la situation* du malade sur un registre coté et paraphé par le maire, vérifié tous les trimestres par le procureur de la République ou son délégué (juge de paix du canton), ou le préfet, et portant copie de tous les certificats médicaux consacrés aux malades.

De plus, sous peine d'amende ou d'emprisonnement, il fait parvenir aux autorités toutes les plaintes que les malades leur adressent.

Il accuse ou refuse le droit de visiter les malades. Les *visites* ont, en effet, une grande influence calmante ou excitante sur l'agitation du patient ; aussi doit-on les considérer comme un élément de la médication, et en confier entièrement la direction au tact et à la conscience du médecin.

Quand la convalescence est bien commencée, il autorise quelques *sorties*, à titre d'essai, encore mal réglementées par les instructions officielles.

A la *guérison*, il avertit la personne qui a demandé le placement et rend la liberté au sujet. Il avise la préfecture de sa sortie.

Mais, si les parents veulent reprendre le malade alors que le médecin trouve la sortie dangereuse, il a le droit de s'opposer provisoirement au départ. Il adresse un rapport au préfet et surseoit à sa sortie jusqu'à décision préfectorale. Le préfet fait examiner le malade par le médecin-inspecteur et décide s'il y a lieu ou non de prolonger l'internement. Mais le sursis imposé par le médecin ne dépasse pas quinze jours : si, à cette date, la préfecture n'a pas donné de réponse, le malade sort de plein droit. (*Marseille médical* des 1er et 15 nov. 1905.)

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Association syndicale des médecins de l'arrondissement de Béziers.

Très honoré confrère,

Je vous serais bien obligé de me donner votre appréciation sur le litige suivant qui existe entre moi et la *Préservatrice* ou plutôt son assuré, M. Rey, négociant à Marseillan.

Au mois de septembre dernier, M. Rey m'envoie chercher le matin à 7 heures pour aller en consultation avec le docteur Durande, de Marseillan, voir un de ses ouvriers qui avait été victime la veille d'un accident grave. Son bras avait été pris dans un engrenage au tiers supérieur ; les chairs étaient dilacérées, les artères rompues, l'humérus fracturé. A la suite d'un examen sérieux, il fut convenu qu'il fallait faire la désarticulation de l'épaule. Le blessé occupait une chambre étroite, mal aérée, très mal éclairée et dans laquelle il était impossible de faire une opération quelconque.

De concert avec mon confrère, qui est *médecin titulaire de l'hôpital de Marseillan*, nous décidâmes d'hospitaliser le blessé. Je fis donc à *l'hôpital de Marseillan*, ville éloignée d'Agde de 8 kilomètres, la désarticulation de l'épaule. Je dus y revenir une dizaine de fois pour faire les pansements consécutifs, mon confrère ne s'occupant pas du tout de chirurgie.

Lorsque le malade fut guéri, deux mois après, M. Rey me demanda ma note d'honoraires. Elle s'élevait au chiffre de 490 fr. (je m'étais basé sur le tarif ouvrier de notre Syndicat). Elle fut transmise par les soins de M. Rey à la *Préservatrice* qui a répondu par une fin de non recevoir absolue, se basant sur l'article 4, § 3, de la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 31 mars 1905, dans laquelle il est dit *que les frais d'hospitalisation sont calculés*

à 3.50 par jour, tout compris. Donc, en payant à ce taux les journées que le malade a passées à l'hôpital, M. Rey ou la *Préservatrice* ne doivent absolument rien.

Si j'étais, comme M. le docteur Durande, médecin de l'hôpital, il est presque évident que je devrais m'incliner. Mais je suis un médecin étranger à la localité ; je fais une grosse opération ; j'ai subi des nombreux déplacements et je n'aurais le droit de rien réclamer ? Cela me paraît extraordinaire, et je vais citer M. Rey (je ne veux pas connaître la compagnie) devant le juge de paix du canton. Mais avant d'engager ce procès je voudrais bien savoir s'il ne s'est pas produit des cas analogues faisant autorité en justice. Je sais que vous vous êtes fréquemment occupé de toutes ces questions et je viens vous demander ce que vous pensez du fait actuel.

Le Syndicat de Béziers est également saisi de cette affaire, et il me soutiendra, même pécuniairement, devant toutes les juridictions.

Excusez-moi pour cette longue lettre et pour les ennuis qu'elle va peut-être vous donner. Devant le tribunal, j'aurai sans doute, de la part de la compagnie, à soutenir une lutte fort vive, et pour la mener a bien j'ai besoin d'avoir le plus de documents possibles. J'espère que vos conseils me seront, dans la circonstance, d'une grande utilité.

Veuillez, très honoré confrère, avec mes remerciements, recevoir l'expression de mes sentiments les plus dévoués et les plus confraternels.

Dr ROGER.

Cette lettre, communiquée à l'Avocat-Conseil du « Sou Médical », nous a procuré la réponse ci-dessous :

Mon cher Docteur,

Il n'existe pas, depuis la loi du 31 mars 1905, de document de jurisprudence pouvant servir à résoudre le cas du Dr Roger.

Il résulte des explications contenues dans sa lettre qu'il a été appelé par M. Rey, chef d'entreprise, en consultation avec le Dr Durande qui se trouvait être médecin de l'hôpital de Marseillan. L'opération étant faite à cet hôpital par le Dr Roger, comme chirurgien spécialiste, en raison de ce que le médecin de l'hôpital n'était pas chirurgien, et les pansements consécutifs ayant été faits par le même docteur, le chef d'entreprise, se considérant comme obligé à l'égard du Dr Roger, lui a demandé sa note. Il serait utile de savoir si cette demande a été faite par lettre et si le Dr Roger l'a conservée.

Je suis d'avis que M. le Dr Roger a une action contre le patron qui l'a mis en œuvre. Il ne suffit point, pour que ce dernier soit considéré comme libéré, que sa Cie d'assurances présente la quittance de l'hôpital portant sur le total des prix de journées comprenant les frais médicaux donnés à l'hôpital.

Dans le § 3 de l'art. 4, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte par les travaux préparatoires de la loi de 1905, le législateur a voulu limiter les dépenses que comporterait l'hospitalisation d'un blessé du travail, et interdire aux médecins d'hôpitaux de réclamer des honoraires en sus du prix de journée, comme le permettaient les règlements administratifs de quelques établissements. Mais cet article n'a visé que les soins donnés par l'administration hospitalière et par le médecin de l'administration. Si, par suite de circonstances que le législateur n'a pas envisagées, il y a lieu à d'autres soins que ceux de l'hôpital, rien n'empêche le patron de faire donner ces soins, ce qui donne naissance à l'obligation pour lui de rémunérer les hommes de l'art qu'il met en œuvre.

La quittance de l'Administration hospitalière donnée pour les frais d'hospitalisation « tout compris, » s'applique aux soins de toute nature, y compris les soins du médecin de l'hôpital, dont cet établissement pouvait être créancier. Elle ne peut pas s'appliquer aux soins donnés par un médecin étranger, mis en œuvre par le patron, que ces soins aient été donnés entre les murs de l'hôpital ou ailleurs.

Ici il s'agit d'un engagement qui s'est formé entre le patron et un médecin en dehors de toute application des dispositions de la loi de 1898. Un patron a toujours le droit d'engager des dépenses plus étendues que celles prévues par la loi de 1898, pour le cas où l'ouvrier prend sur lui de se faire soigner par le médecin de son choix. Un chef d'entreprise peut, par humanité ou par intérêt, mettre en œuvre autant de médecins, de spécialistes qu'il le juge bon. Il doit les rémunérer tous.

Dans un cas semblable, il n'y a pas à se préoccuper de la Cie d'assurances. Le médecin n'a affaire qu'au patron. C'est à ce dernier à faire son affaire personnelle d'obtenir que sa Cie le couvre pour toutes les dépenses qu'il a engagées, si les clauses de son contrat le comportent. Le patron a bien le droit d'engager d'autres dépenses que celles pour lesquelles il est garanti par sa police, et dès lors il doit les payer.

Comme, suivant l'usage, le patron donnera pouvoir à un agent de la Cie de le représenter, il faudra bien faire remarquer à M. le juge de paix que c'est contre M. Rey qu'on plaide et non contre sa Cie (que le médecin ne veut pas connaître) et demander au juge d'ordonner une comparution de M. Rey lui-même, si cela est utile pour l'instruction de l'affaire, par exemple si le fait de la mise en œuvre du médecin par M. Rey est contesté.

D'ailleurs, le juge a le droit d'ordonner une enquête, si le Dr Roger demande à prouver les circonstances dans lesquelles il a été mis en œuvre. Nous sommes en matière de jurisprudence médicale, et la jurisprudence des cours d'appel autorise, en pareil cas, la preuve, même au-dessus de 150 fr. (Cour de Paris, 2e ch., 15 mars 1905 ; Bordeaux, 14 février 1900, Sirey, 1900, 2, 190 ; Rennes, 26 février 1879, Dal. 1882, 2. 191).

Le Dr Roger fera bien de se procurer une lettre de son confrère, médecin de l'hôpital, expliquant dans quelles conditions et pour quelles raisons son confrère a dû venir à l'hôpital pour opérer et faire les pansements. Toutefois il ne faudra pas le produire, si ce médecin doit être cité comme témoin.

En même temps, comme l'on soutiendra peut-être que M. Rey n'a fait qu'appeler le Dr Roger en consultation, sans s'occuper de ce qui serait décidé par les médecins relativement au transport du blessé à l'hôpital, ni de qui il recevrait les soins dans cet établissement et que par suite M. Rey n'est obligé que pour le prix de la visite en consultation, — on fera bien d'assigner *subsidiairement* l'administration hospitalière, en demandant au tribunal, pour le cas où, par impos-

sible, il jugerait que le patron n'est pas tenu aux honoraires du chirurgien, de décider que l'hôpital qui dans ce cas a mis en œuvre le Dr Roger, est tenu par le fait qu'il n'était pas outillé comme personnel pour faire donner au blessé les soins chirurgicaux que la gravité de sa blessure rendaient nécessaires, de rémunérer le médecin étranger qui a assuré le traitement du malade.

Il faudrait que les deux assignations soient rédigées d'une façon bien explicite et posent bien la question dans les deux hypothèses. L'administration hospitalière peut, en effet, engager des dépenses autres que celles dont elle perçoit le recouvrement, en touchant les prix de journée fixés dans le § 3 de l'art. 4.

En admettant que ce soit le médecin de l'hôpital qui ait réclamé le concours du Dr Roger, celui-ci n'a pu opérer qu'avec l'autorisation de l'administration hospitalière, intéressée à ce qu'un blessé qui lui est amené ne soit pas privé des soins spéciaux que nécessite son état et qu'elle n'aurait pu lui faire donner avec ses seules ressources.

Si ce n'est pas le patron qui est jugé débiteur du médecin étranger, c'est l'administration hospitalière qui doit supporter la charge de cette obligation.

Par précaution, il y a lieu d'assigner les deux débiteurs possibles, mais conclure en première ligne contre le chef d'entreprise.

Votre bien dévoué,

G. GATINEAU.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat Médical du Lot-et-Garonne.

(Groupe de l'Arrondissement de Villeneuve-sur-Lot.)

Villeneuve, le...

Monsieur le Président
de la Société de Secours Mutuels de....

Les Médecins de l'arrondissement de Villeneuve-sur-Lot soussignés, réunis le 12 décembre 1905, ont pris, après mûre délibération et d'une façon définitive les décisions suivantes concernant toutes les Sociétés de Secours mutuels de l'arrondissement.

En tout ce qui touche au service médico-chirurgical de ces sociétés, les honoraires seront établis d'après le *tarif ouvrier de l'Union des syndicats médicaux de France*. Ce tarif a été publié dans le *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France* du 5 novembre 1904.

La seule concession faite est celle-ci : dans le rayon de l'octroi, le prix de la visite sera égal au prix de la consultation ; il n'y aura pas d'indemnité de déplacement. En dehors de l'octroi, l'indemnité de déplacement sera de vingt-cinq centimes par kilomètre parcouru.

C'est dire que les médecins n'acceptent que le paiement à la visite, avec liberté entière pour le malade de choisir son médecin.

Bien entendu, ce *tarif ouvrier* ne s'applique qu'aux seuls membres des Sociétés de Secours mutuels que leur situation de fortune rend vraiment dignes des avantages de la mutualité, c'est-à-dire *ceux-là mêmes* à qui le *tarif ouvrier serait applicable dans la clientèle ordinaire.*

Mais, la loi sur les mutualités n'ayant pas fixé d'une façon précise les conditions sociales qui devraient distinguer les membres honoraires et les membres participants, bien des personnes aisées font partie des mutualités, malgré la circulaire Barthou, à titre de membres participants. *A ces mutualistes*, le corps médical appliquera le *tarif* de l'Union des Syndicats Médicaux de France *correspondant à leur situation de fortune, de la même façon* et d'après les mêmes *principes que cela se pratique dans la clientèle ordinaire.*

Une *remise de 10 % sur la totalité des honoraires* sera faite par le corps médical aux Sociétés de Secours mutuels qui assureront *directement le paiement intégral* des honoraires au médecin à *la fin de chaque mois.*

Les médecins soussignés s'interdisent d'entrer en pourparlers avec les mutualités, d'accepter d'elles aucun mandat, aucune fonction, en dehors du Syndicat médical, qui seul a toute qualité pour traiter avec les mutualités par l'intermédiaire de son délégué. Les médecins déclarent que ces décisions, prises après un an de réflexion, sont irrévocables.

Les résolutions ci-dessus seront signées par tous les médecins de l'arrondissement de Villeneuve-sur-Lot et ces signatures conservées dans les archives du Syndicat. Une copie sera adressée à chaque Président des Sociétés de S. M.

Ce qui caractérise la décision du Corps Médical, c'est l'*égalité* pour les malades mutualistes ou non mutualistes dans l'estimation des honoraires.

Que l'ouvrier mutualiste malade n'ait à sa charge (grâce à la mutualité) qu'une part très restreinte ou nulle des frais occasionnés par la maladie : rien de plus juste, de plus admirable. Mais que l'ouvrier non mutualiste malade paie au médecin des honoraires plus élevés que son camarade mutualiste ou la Société, cela est d'une injustice révoltante. Pour l'un et pour l'autre, les soins doivent être les mêmes et les honoraires également. Les *Médecins demanderont à tous leurs malades mutualistes ou non mutualistes des honoraires égaux et correspondant à leur situation de fortune*, et ce sera extrêmement juste.

Cela ne veut pas dire que le Corps Médical ait la prétention d'exiger de la caisse seule de la Société le paiement intégral de ses honoraires. C'est à la Société à s'entendre avec ses membres pour déterminer quelle sera la part de chacun dans ce règlement, et les médecins n'ont pas à s'immiscer dans cette question d'ordre intérieur. Cependant, si le journal le *Matin* a déclaré, le 9 nov. 1905, que les Sociétés de Secours mutuels ne sont pas « des œuvres d'assistance pour les petites bourses, mais des Sociétés d'assurances pour les français de toutes conditions », le corps médical, au contraire, estime que les Sociétés de S. M., à leur fondation, étaient et doivent rester des œuvres d'assistance, ayant pour but d'aider leurs membres à supporter plus facilement l'épreuve de la

maladie. Cela signifie que, si la Société doit venir en aide au mutualiste, celui-ci doit s'aider aussi dans une certaine mesure. Et c'est cette part que les Sociétés doivent déterminer et qui pourra varier selon les ressources de chaque Société. Mais le corps médical pense que le principe de la contribution du malade dans les frais médico-pharmaceutiques devrait être général et qu'il est la *meilleure garantie contre les abus nombreux* qui grèvent lourdement le budget des Sociétés.

Pour obtenir ce résultat, un des meilleurs moyens est sans contredit le système proposé par le Docteur Diverneresse. La Société paie au malade une indemnité *globale* et *suffisante* par journée de maladie. A la fin du mois elle retient sur cette indemnité le montant des frais médico-pharmaceutiques inscrits sur la feuille de maladie, et règle directement les intéressés qui lui font une remise de 10 %, puis remet le reste au malade.

Plusieurs Sociétés qui avaient adopté ce système avec de grandes craintes en ont obtenu vite un excellent résultat se traduisant par un excédent de recettes et se félicitent de leur décision.

Pour les malades, les avantages sont réels ; dans beaucoup de maladies, en effet, tuberculose, diabète, néphrite, anémies, neurasthénie, les malades ont moins besoin de visites médicales et de médicaments que d'une alimentation spéciale de repos, de grand air. L'indemnité globale leur faciliterait ces conditions favorables à leur guérison.

Enfin, le médecin mieux payé, légitimement honoré, deviendrait le plus chaud partisan de la Mutualité, son plus ardent défenseur.

Telles sont les considérations que nous a suggéré l'étude de cette question.

En somme, le corps médical, en échange de son concours, demande simplement aux Sociétés de lui *garantir le paiement* intégral de ses honoraires. *Et pour reconnaître le service qui lui est rendu par ce paiement intégral assuré et régulier, à la fin de chaque mois, il accorde sur la totalité de ses honoraires une remise de 10 pour cent, nouvelle source de revenu pour la Société.*

Le Corps médical se rend parfaitement compte que ces décisions vont obliger les Sociétés de Secours mutuels à de sérieuses modifications. Aussi, ne voulant pas entraver le fonctionnement des mutualités, il a été décidé que le présent tarif ne serait appliqué qu'au 1[er] avril 1906.

Par contre, le Corps médical espère que les Mutualistes seront assez équitables pour reconnaître qu'au moment de leur fondation et dans la période difficile du début, les Sociétés de secours mutuels ont toujours trouvé auprès des médecins le concours le plus dévoué et le plus désintéressé. Mais à l'heure actuelle, les soins médicaux ne sont plus rémunérés d'une façon correspondant à la situation florissante de la Mutualité, ni à leur composition.

Etant donné la prospérité, la fortune, la puissance toujours croissante de la Mutualité, il serait injuste, il serait indigne des principes de la Mutualité elle-même que seul le corps médical soit lésé dans ses intérêts en étant obligé de sacrifier une part de son légitime salaire à une partie considérable et pas toujours infortunée de sa clientèle, partie qui augmente dans des proportions colossales et qui augmentera sans cesse jusqu'à ce que la France entière soit devenue une vaste mutualité.

Le Corps médical espère donc, après ces longues explications données dans l'esprit le plus bienveillant, que l'application du tarif ouvrier de l'Union des Syndicats médicaux de France sera acceptée sans difficulté.

Pour donner une preuve de plus de ses excellentes dispositions pour les mutualités, les médecins soussignés ont décidé que le groupe du Syndicat médical constituant l'arrondissement de Villeneuve demanderait son inscription comme membre honoraire dans chaque Société de secours mutuels.

Messieurs les Présidents des Sociétés sont priés de faire connaître leur réponse à la décision du Corps médical avant le.....

Faute de réponse à cette date, la Société sera considérée comme refusant le nouveau tarif.

D[rs] : Wergnes, Winckler, Adoue, Bézy, Blau, Brousse, Brugère, Célerier, Cornet, Couyba, Daraignez, Roqueplo, Delbrel, Dieudé Fanvel, Duccasse, Duffau, Fourcade, Giraud, Girou, Guy, Issoulier, Roudié, Lavergne, Le Brigant, Martin, Molinéry, Morange, Mougues Paganel, Prat, Recouet, Trifaud.

Syndicat Médical de l'arrondissement de Saumur.

Cher Confrère,

— Les Membres syndiqués tentent un nouvel effort auprès des non encore adhérents. La situation est grave. A l'organisation complète des Compagnies d'assurances-accidents et de toutes les autres collectivités, nous opposons une mésentente nuisible à nos intérêts. Que chacun de nous abandonne ses haines particulières pour le bienfait général. Prenons la peine de regarder les corporations commerçantes qui nous entourent, et ayons le courage d'avouer qu'elles nous sont supérieures au point de vue de l'alliance intime, lorsque leurs bénéfices peuvent en souffrir. Il est vrai que le médecin n'a pas, comme les autres, de marchandises à écouler, de traites à payer à termes fixes, et qu'il n'est pas de minimum d'honoraires au-dessous duquel il ne puisse descendre. Mais il a d'autres frais correspondants.

Pourquoi serions-nous moins intelligents que les bouchers, les épiciers et autres, qui savent très bien se réunir tous, à jours fixes, pour discuter et soutenir leurs intérêts généraux, persuadés que leur intérêt particulier en dépend ? Ces gens-là sont, comme nous, agités de sentiments mutuels de jalousie de métier, mais savent les apaiser lorsqu'il s'agit d'établir une ligne de conduite générale pour sauvegarder leurs affaires ; ils peuvent conserver leur hostilité dans la vie privée, et tels qui ne se saluent pas et se détestent cordialement savent fort bien s'entendre pour s'indiquer les clients mauvais et tenir leurs prix aux bons. Nous ne sommes pas de ceux qui croient que les relations intimes soient obligatoires et indispensables pour s'entendre sur les intérêts médicaux. Donc, plus de questions personnelles nuisibles, et que tout disparaisse lorsque ceux-là sont en jeu. Or, la seule façon de les soutenir est l'association, la forme syndicale. Que tous fassent donc partie de notre Syndicat Saumurois, qui a déjà donné d'assez tangibles preuves de sa vitalité, et que le mode égalitaire d'élection (chacun devant prendre sa place au Bureau par ordre alphabétique) met au-dessus de tout esprit possible de coterie dirigeante.

Le Secrétaire, D[r] LEVRAUD.

CHRONIQUE DU « SOU MÉDICAL »

Un grand nombre de membres du «Sou médical » envoient au Trésorier un mandat de 18 fr. pour paiement de leur cotisation annuelle.

Tous savent pourtant que depuis le 1er janvier 1905 la cotisation a été portée à 20 fr. par suite de la création de la Caisse de garantie contre les responsabilités civiles.

Le Trésorier rappelle ce fait aux confrères qui lui ont adressé des cotisations insuffisantes ; mais, s'il ne recevait pas le complément de 2 francs réclamé, il serait obligé de retourner le mandat de 18 francs à ceux qui le lui ont envoyé, et ceux-ci risqueraient de se trouver dès lors dans le cas de suspension prévu par la décision du Conseil d'administration. (Voir *Concours médical*, numéro du 13 janvier 1906.)

Membres nouveaux.

1086 Dr Demargne à Saint-Mandé (Seine).
1087 Dr Pulgois à Saint-Mandé (Seine).
1088 Dr Thésée à Brest (Finistère).
1089 Dr Lacaille à Paris, 81, rue Taitbout.
1090 Dr Leblanc à Pontarlier.
1095 Dr Regad à Valence (Drôme).

A partir du 1er janvier 1906.

1085 Dr Laigre à Paris, 74, rue d Hauteville.
1091 Dr Lert, au Grau-du-Roi (Gard).
1092 Dr Cherechewski à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise).
1093 Dr Manjot à Belley (Ain).
1094 Dr Pignet à Paris, 73 *bis*, avenue Niel.
1096 Dr Nicolas à Oran, 9, rue d'Arzew.
1097 Dr Mosnay à Saint-Varent (Deux-Sèvres).
1098 Dr Thadée à Saint-Paul (Tarn).
1099 Dr Devars à Romans (Drôme).
1100 Dr Lachowski à Chateau-Porcien (Ardennes).
1101 Dr Bergonier à Barsac (Gironde).
1102 Dr Madelaine à Saint-Pierre-sur-Dives (Calvados.
1103 Dr Bannelier à Marseille, 98, rue de la République.
1104 Dr Maystre à Lansargues (Hérault).
1105 Dr Bayssellance à Eymet (Dordogne).
1106 Dr Thirard à Evreux (Eure).
1107 Dr Picandet à Montmarault (Allier).
1108 Dr Bridoux à Condé-sur-Escaut (Nord).
1109 Dr Prost à Saint-Laurent (Jura).
1110 Dr Lebrun à Ivry (Seine).
1111 Dr Rouet à La Châtre (Indre).

REPORTAGE MÉDICAL

Faculté et Hôpitaux

Un concours pour l'admissibilité aux concours de nomination aux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 26 février à midi dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les Docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, av. Victoria, service du personnel, du lundi 22 janvier au samedi 10 février exclusivement de midi à 3 h.

Le nombre des places d'admissible sera annoncé aux candidats lors de la première séance, ce nombre ne pouvant être établi qu'après la fermeture du registre d'inscription.

A cet effet, les candidats dispensés du concours d'admissibibilité devront se faire inscrire, en vue du concours d'admission, du lundi 22 janvier au samedi 10 février inclusivement de midi à 3 h.

— Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices s'ouvrira quinze jours après la clôture des opérations du présent concours d'admissibilité. Seront admis à se présenter à concourir les candidats dispensés de ce concours en raison de leurs admissibilités antérieures et les nouveaux admissibles déclarés à la suite du concours du 26 février.

— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 26 mars 1906, à midi, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel) de midi à 3 h., du lundi 29 février au samedi 3 mars inclusivement.

— MM. Dartigues, Robert Lœwy, X. Bender et A. Zimmern feront deux cours de gynécologie de chacun 16 leçons à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca.

Le premier cours commencera le 25 janvier 1906; le deuxième cours le 12 février 1906.

Le droit à verser est fixé à 50 francs pour chacun des cours.

— Un cours élémentaire pratique d'auscultation commencera à l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de M. Mosny, médecin des hôpitaux, et Berthaux, interne, le lundi 22 janvier à 8 h. 3/4 du matin. Ce cours sera complet en 15 leçons.

Le droit d'inscription est fixé à 40 francs.

— Six conférences d'électrothérapie pratique, uniquement réservées aux membres de l'Association des étudiants en médecine seront faites par MM. Delherm, ancien interne des hôpitaux, et Laquerrière.

Elles commenceront le dimanche 21 janvier 1906 à 9 h. 1/2 du matin et seront continuées les 23, 25, 27 et 29 janvier à 9 h. du soir au siège de l'Association.

Prix d'inscription : 6 fr. Se faire inscrire au siège de l'Association.

Erratum. — Page 35, n° 2, 1906 : 2e colonne :
Au lieu de : 22 Sociétés representant *700 membres*.
Lire : 7000 (*sept mille membres*).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Cauvin, de Toulon, et Salles, d'Aulnay-de-Saintonge (Charente-Inférieure), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année | N° 4 | 28 JANVIER 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

Société Civile du « CONCOURS MÉDICAL »

Séance du 18 janvier 1906.

Présents : MM. Gassot, Jeanne, Maurat, A. Cézilly et Dr Diverneresse.

Au sujet des Correspondants, M. le Dr Bourguet, de Sommières (Gard), empêché par l'âge, demande à être relevé de ses fonctions de Correspondant et propose pour le remplacer M. le Dr Malzac, qui est de toutes les œuvres. (*Adopté.*)

Le Conseil décide que les Correspondants recevront : 1° la liste des membres de leur région ; 2° la brochure du «Sou»; 3° la brochure de l'Amicale.

Il constate que toutes les réclamations concernant le tarif « accidents du travail » qui sont parvenues en temps utile ont été remises le 8 janvier au ministère du Commerce et pourront recevoir satisfaction lors de la revision.

Le Conseil décide de s'associer aux efforts faits par la commission de l'Union des Syndicats médicaux en vue de la réforme des études médicales. Il s'agit d'obtenir du ministre de l'Instruction publique la constitution d'une commission extra-parlementaire comprenant un nombre imposant de praticiens et chargée de rédiger les nouveaux programmes.

Le Conseil, après avoir pris connaissance du programme exposé dans un nouveau journal de pharmacie : le *Concours pharmaceutique*, et désireux de voir s'établir une entente solide et durable entre le corps médical et le corps pharmaceutique décide d'appuyer les efforts tentés en ce sens.

Le Conseil, constatant les succès retentissants obtenus ces temps derniers par le « Sou Médical », et d'autre part les préjudices graves encourus par certains médecins pour des faits d'exercice professionnel, insiste près des membres de la Société civile du « Concours médical » pour que, par prudence, ils se fassent incrire au « Sou ».

Il prend connaissance de la correspondance, expédie les affaires courantes et s'ajourne à une époque ultérieure.

LA SEMAINE MÉDICALE

La santonine dans le diabète.

Notre si sympathique collègue, le Dr DE GRISSAC nous communique une très intéressante observation, qui remet en actualité la question du traitement de la glycosurie par la santonine. Cette substance a la propriété de faire disparaître rapidement le sucre de l'urine, en particulier chez les diabétiques gras. On administre la santonine à la dose de dix centigrammes, quinze centigrammes au plus par jour, pendant deux jours de suite avec deux ou trois jours d'intervalle pour laisser reposer l'organisme. Concomitamment à cette substance, on peut prescrire une eau minérale arsenicale ou une solution faible d'arséniate de soude. Les résultats sont remarquables, le sucre des urines diminue rapidement et disparaît même en quelques jours, tout en ne modifiant pas le régime alimentaire.

La photothérapie dans les plaies atones

M. le Dr CASANOUVE-SOULÉ, de Quinsac, a essayé l'action des rayons lumineux solaires sur les plaies atones et il a rendu compte de ses recherches dans sa thèse :

La technique est des plus simples : tout d'abord comme presque tous les malades traités étaient porteurs de plaies des membres inférieurs, on les obligeait à rester couchés pendant toute la durée du traitement. L'auteur rapporte que, *dans le service où il a* fait ses observations, on avait fait construire des cages *vitrées* de toutes dimensions, avec monture métallique et ouvertes sur trois faces, sortes de tunnels de verre sous lesquels passaient les jambes ou les cuisses des malades ; des cages à verres violets, bleus, verts, jaunes et rouges.

Le membre porteur de la lésion était d'abord préparé : le pourtour de la plaie était savonné, puis lavé à l'alcool ; *la plaie elle-même était* irriguée avec de l'eau bouillie, parfois même on appliquait la veille un pansement humide. On faisait ensuite un enveloppement du membre avec de l'ouate aseptique, tout en ménageant une fenêtre au niveau de l'ulcération, celle-ci était donc à découvert ainsi que les téguments voisins que le processus morbide paraissait avoir modifiés.

On disposait ensuite sur le lit un coussin recouvert de 2 ou 3 feuilles d'ouate ordinaire, destiné à supporter la jambe malade l'écran vitré était alors installé, puis on garnissait d'ouate les faces dépourvues de verres, à travers lesquelles le membre pénétrait sous le tunnel transparent et protecteur. Le lit du malade était tourné vers une fenêtre pour donner aux lésions le maximum d'éclairage. Cette technique a l'avantage :

1° De mettre autant que possible la plaie à l'abri du contage par les objets voisins et l'atmosphère, car les parois dépourvues de verre sont tapissées d'ouate et l'air qui traverse cette matière à pansement est aseptique, ainsi que l'ont établi les expériences de Pasteur et celles plus récentes de Tyndall.

2° D'éviter un refroidissement trop intense en hiver ;

3° De surélever le membre et de favoriser la circulation de retour.

L'exposition de la plaie commençait à 10 heures du matin, aussitôt après la visite médicale et se prolongeait jusqu'à 4 heures de l'après-midi. Dans ce laps de temps, il y avait généralement deux heures de lumière solaire directe quatre heures de lumière diffuse En modifiant la position du lit on pouvait faire varier l'intensité de la lumière ; on concourait au même résultat par l'interposition de rideaux plus ou moins épais et opaques. A 4 heures du soir, la médication par la lumière était suspendue et on faisait un pansement aseptique protecteur et occlusif, avec des compresses simples stérilisées et de l'ouate.

La photothérapie produit son maximum d'effet dans les plaies atones traumatiques et opératoires ; les ulcères variqueux en bénéficient moins rapidement ; les pertes de substance symptomatiques d'une lésion profonde ou d'une maladie générale n'en retirent aucun profit.

Cette action bienfaisante s'explique par le concours des trois processus suivants :

1° Productions de bourgeons charnus ;
2° Action bactéricide ;
3° Formation de croûte.

La cure d'air à l'hôpital.

Dans une intéressante thèse, M. le Dr NICOLLE, de Paris, a fait ressortir comment on peut, avec de très minimes frais, transformer en un sanatorium pour faire la cure d'air, les locaux qui paraissent les moins propres à cet effet, M. le Dr Barbier a ainsi installé à l'hôpital Hérold une galerie de cure d'air sur une terrasse bien ensoleillée et bien aérée.

Des tentes sont installées. Quatre tiges en bois supportent les quatre angles d'un toit de toile imperméable. Elles sont réunies par des tringles en fer. Les parois de la tente sont fermées de toiles montées sur des anneaux qui peuvent glisser sur les tiges de fer.

Chaque tente est ouverte d'un côté et peut contenir sept à huit chaises longues placées côte à côte.

Ces tentes sont légères, d'un maniement facile et peu encombrantes. A leur abri, les enfants font leur cure d'air sans interruption pendant les périodes chaudes ou tempérées. Pendant l'hiver, la cure n'est interrompue que par les temps très mauvais, trop pluvieux ou trop froids; mais lorsque le soleil luit, même avec une température basse, les enfants chaudement enveloppés sont exposés à l'air pendant le milieu de la journée.

Les malades, à moins d'indications pathologiques spéciales, d'incidents survenant dans le cours de l'affection, ne restent jamais dans la salle durant la journée, même pour la visite quotidienne, ils sont, dès le matin, installés sur la chaise longue. Tous les huit jours seulement ils sont examinés, puis pesés.

L'alimentation que reçoivent ces malades consiste dans l'alimentation ordinaire à laquelle on ajoute 100 grammes de viande crue pulpée et deux jaunes d'œufs.

La viande crue a été généralement bien accep

tée, quoique son aspect laisse quelquefois à désirer. Mais les quelques répugnances que les petits malades accusaient ont vite cédé aux remontrances et à la menace de la sonde œsophagienne qui n'a, du reste, jamais été employée.

Cette alimentation carnée est administrée chez la plupart des malades d'une façon continue, et n'est interrompue qu'en cas de vomissements ou de diarrhée.

Le traitement médicamenteux est des plus simples : quelques malades ont reçu des injections de cacodylate de soude, ou d'huile gaïacolée, mais tous prennent, tous les jours, du sirop iodotannique, et dans quelques cas, surtout l'hiver, de l'huile de foie de morue à dose moyenne.

M. Nicolle montre que, comme dans tous les sanatoriums bien installés, les résultats ont été très favorables. Malheureusement, pour qu'ils soient durables, il faut que le traitement dans ces conditions soit beaucoup plus prolongé qu'il ne l'est en général chez les malades de la classe ouvrière. Il faudrait y ajouter le séjour dans des colonies agricoles ou des écoles de campagne.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le Professeur Gaucher.

Chancres et ulcérations chancriformes des organes génitaux.

Cette leçon du Pr Gaucher pourrait s'intituler : un défilé de chancres. C'est en effet une quinzaine de malades — dix-sept exactement — atteints de variétés diverses d'ulcères génitaux que M. Gaucher fait passer sous les yeux de l'assistance. Il y a là des chancres simples, des chancres syphilitiques, des chancres simples simulant le chancre syphilitique, des chancres syphilitiques simulant le chancre simple, et des gommes ulcérées chancriformes.

Le clinicien, dit M. Gaucher, doit se méfier du chancre simple, et ne l'admettre définitivement qu'après l'avoir observé un certain temps. Quand, dans le service, une ulcération se présente avec les caractères du chancre simple, nous avons pour habitude de suivre le malade et il nous arrive fréquemment de rectifier un premier diagnostic d'attente. Voici un homme hospitalisé dans nos salles depuis 15 jours. Il est entré pour un chancre, qualifié simple, de la couronne du prépuce. Il portait une ulcération profonde, cupuliforme, à bords décollés, à fond suppurant, ne rappelant pas les caractères du chancre syphilitique, cette papule excoriée que vous connaissez. Des doutes, toutefois, nous sont venus en palpant la base légèrement infiltrée de la lésion et nous avons tenu le patient en observation ; aujourd'hui, au 35e jour de l'évolution de l'ulcère, vous pouvez constater ses bords un peu saillants et sa base un peu infiltrée. Cela nous fait penser à la possibilité d'un chancre syphilitique.

Deuxième malade porteur, depuis 32 jours, d'une ulcération des organes génitaux. L'ulcération apparut 4 jours après le coït ; c'est là un des éléments du chancre simple. Cet homme, en outre, a présenté et présente encore sur la couronne préputiale six autres ulcérations, la plupart petites, à fond irrégulier et jaunâtre. Dans ce cas particulier, le diagnostic de chancre simple s'imposait. Cependant, nous fîmes une restriction : un des chancres siégeait sur le méat ; or, vous savez que le chancre du méat est presque toujours syphilitique. Nous avons attendu et voici ce qui s'est passé. Avec le seul traitement local, les petites ulcérations, y compris celle du méat, se sont détergées et se sont guéries, sans cicatrice, sans induration. Il s'agissait donc bien de chancres simples.

Troisième malade, offrant une lésion qui a tous les caractères du chancre simple et qui date de 33 jours. C'est une plaie suppurante profonde, due à la réunion de plusieurs ulcères et occupant toute la partie supérieure de la couronne du prépuce. On trouve, de plus, dans l'aine, un gros ganglion suppuré. De sorte que, s'il est cliniquement permis de poser un diagnostic ferme de chancre simple, c'est vraiment là un cas où il n'y a pas lieu d'hésiter. Dans les deux exemples précédents nous avions des doutes, au début, sur la nature du mal. Ici, on peut dire que la lésion est typique. Eh bien, j'ai vu des chancres mous d'aspect aussi typique être suivis d'accidents spécifiques secondaires. Il est des ulcères ayant l'apparence de chancres simples qui sont néanmoins syphilitiques, mixtes pour mieux dire. Toutefois, dans le cas actuel, jusqu'à plus ample informé, nous maintenons le diagnostic de chancre simple.

Quatrième malade, également atteint de chancre mou avec ganglion suppuré, mais chancre mou qui a des caractères anormaux et qui simule jusqu'à un certain point, par sa superficialité, le chancre syphilitique. Ce malade a déjà séjourné à l'hôpital, il y a quelques mois, pour un ganglion suppuré de l'aine qui n'a été ni précédé, ni accompagné de lésion des organes génitaux. Nous nous sommes demandés s'il n'était pas bacillaire. C'est un ancien syphilitique : il a eu un accident primitif il y a 10 ans. Je considère, pour cette raison, l'ulcère actuel comme un chancre simple. Je vous le signale comme exemple de chancre simple à aspect syphilitique.

Cinquième malade, porteur de chancres multiples sur la couronne du prépuce avec phimosis inflammatoire.

Nous avons mis le patient en expectation. Or, depuis un mois, aucun accident secondaire n'est apparu, si bien que l'on est amené à conclure à la nature simple de la lésion, malgré le phimosis : ce dernier ne se voit, ordinairement, que dans le chancre syphilitique.

Sixième malade, admis à l'hôpital pour deux chancres, l'un et l'autre ovalaires, superficiels, non indurés. Il y a dans l'aine droite un ganglion enflammé douloureux. Voilà deux ulcères sans in-

duration accompagnés d'une adénopathie monoganglionnaire inflammatoire ; ce sont les caractères du chancre simple. Eh bien! nous avons attendu, comme nous le faisons toujours, et nous n'avons pas eu à attendre longtemps : au bout de 5 à 6 jours, une roséole est apparue. Voilà donc un malade s'offrant à nous avec des chancres qui, par leur aspect, leur évolution, l'adénopathie inflammatoire concomitante, ont toute la physionomie du chancre simple ; il s'agit néanmoins de chancres syphilitiques.

Septième malade revenu nous voir avec des syphilides érosives du scrotum, des plaques muqueuses des amygdales, etc. Il avait séjourné dans le service au mois de septembre. Il présentait à la verge onze chancres, sept sur le fourreau et quatre dans le sillon balano-préputial : voilà la multiplicité, en faveur du chancre simple. Dans la suite, nous constatâmes une adénite inguinale inflammatoire, douloureuse à la pression et dans la station debout. Le 4 octobre, un mois après le début des accidents, les chancres étaient cicatrisés et l'on notait sous les cicatrices une légère induration. Les ulcères, en un mot, avaient les caractères et l'évolution des chancres mous, sauf les cicatrices un peu indurées. Le 15 octobre, apparut une roséole qui n'a fait qu'augmenter et à laquelle ont succédé les plaques que vous voyez aujourd'hui.

Récapitulons : onze chancres avec adénopathie douloureuse mono ganglionnaire. Comme première manifestation syphilitique, induration des cicatrices ; puis, roséole et plaques muqueuses.

Huitième malade. Diagnostic établi non d'après les caractères du chancre mais d'après les antécédents.

En mai 1904, le patient a un chancre syphilitique du dos de la langue, développé sur une langue déjà plissée, plicaturée, fissurée, langue d'hérédo-syphilitique (je vous dirai bientôt que l'hérédo-syphilitique peut contracter une syphilis acquise). Il revient avec des lésions de la verge datant de 3 semaines. Ce sont, d'abord, une ulcération au niveau du frein. Regardez ce chancre du frein et voyez s'il n'a pas l'aspect beaucoup plus d'un chancre syphilitique que d'un chancre mou. Assez profond et suppurant au début, il est devenu légèrement saillant et induré à mesure que la cicatrisation s'accusait. Et cependant nous sommes certains que ce n'est pas un chancre syphilitique en raison des antécédents du sujet.

Je vous ai montré des chancres mous typiques, des chancres syphilitiques à aspect mou, des chancres mous à aspect syphilitique. Je vais vous montrer maintenant des chancres syphilitiques types.

Neuvième malade. Il a sur le bord libre du prépuce un ulcère accompagné de phimosis, avec adénopathie polyganglionnaire : chancre syphilitique indubitable.

Dixième malade. Il a un gros chancre érosif du fourreau, chancre caractéristique, couleur chair musculaire.

Onzième malade. Chancre syphilitique induré ne laissant aucun doute. Ce qui est intéressant dans l'histoire du patient, c'est l'étiologie de sa syphilis. Il a emprunté et porté, dit-il, un pantalon qui était empesé de pus. Ce mode de contagion, bien qu'anormal, n'est pas cependant extraordinaire. J'ai cité, il y a quelque temps, le cas d'un homme qui, atteint d'eczéma des bras, s'était accoudé, un jour, sur un poêle dans la salle d'hôpital. Le poêle ayant servi à supporter des linges contagieux, le patient avait ainsi contracté des chancres du bras.

Douzième malade. Chancre syphilitique sous-préputial, datant de un mois et demi, caché par un phimosis, et accompagné de roséole. Toute la verge en battant de cloche peut être considérée comme caractéristique d'un chancre syphilitique : je vous ai cependant montré, il y a quelques instants, une exception à cette règle.

Treizième malade. — Chancre syphilitique typique de la peau : l'ulcère en question est peu profond, à base indurée ; sa coloration est chair musculaire et il s'y associe une adénopathie particulière.

Après les chancres simples et les chancres syphilitiques, j'arrive aux gommes chancriformes des organes génitaux.

Quatorzième malade. — Syphilis datant de 2 ans. Cet homme présente à la verge, sous le prépuce, depuis trois semaines environ, une lésion saillante, ulcérée, à bords indurés : cet ulcère offre tous les caractères du chancre syphilitique, sauf l'adénopathie qui fait défaut. C'est évidemment une gomme, eu égard aux antécédents du sujet.

Quinzième malade. — Gomme chancriforme précoce. Accident spécifique initial, non douteux, il y a 4 mois. Trois mois après ce chancre, apparat une ulcération qui détruit et perfore le prépuce ; on constate également un ulcère gommeux de l'amygdale. La gomme ulcérée génitale a tous les caractères du chancre phagédénique. L'observation a un double intérêt : l'aspect chancriforme de la gomme et son apparition précoce.

Seizième malade. — Syphilis remontant à 13 années. Depuis deux mois, s'est développée sur les organes génitaux une ulcération prise d'abord pour un chancre mou. Puis, la base de la perte de substance s'est indurée, comme celle d'un chancre syphilitique. Ici encore, il s'agit d'une gomme chancriforme.

Dix-septième malade. — Cas intéressant et analogue. Le patient a une lésion qui rappelle, par son fond rouge et ses bords indurés, le chancre syphilitique. Or, il a eu déjà en 1903 un chancre spécifique suivi d'accidents secondaires. Ce qu'il y a de particulier dans son observation c'est que, malgré un traitement incessant, les accidents syphilitiques se sont succédé chez lui sans arrêt. Ils n'ont subi d'interruption que le jour où le sujet fut soumis aux injections de benzoate de mercure.

Pour me résumer, vous voyez combien certains diagnostics des lésions ulcéreuses des organes génitaux peuvent être difficiles. Je vous ai montré des chancres simples, des chancres syphilitiques, des chancres simples simulant le chancre syphilitique, des chancres syphilitiques qui ont pris l'apparence du chancre simple et enfin des gommes ulcérées chancriformes. Ces dernières nous donnent la clef des prétendues réinfections syphilitiques. La réinfection syphilitique, sachez-le, est un mythe. Je ne dis pas que la syphilis, comme les autres maladies infectieuses, ne soit susceptible de récidive : toutefois, il faut, pour contracter un deuxième chancre, une telle atténuation de la syphilis première qu'une existence humaine n'y suffit pas. Un hérédo-syphilitique peut

bien avoir une syphilis assez atténuée pour contracter un chancre, mais, en matière de syphilis acquise, la vie est trop courte pour cela. D'ailleurs, ni Ricord, ni Fournier, n'ont jamais vu deux chancres syphilitiques se produire chez un même sujet, à des dates différentes, si éloignées soient-elles. Les cas de gommes chancriformes expliquent les prétendues réinfections de la syphilis.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

GYNÉCOLOGIE

Diagnostic précoce de l'épithéliome utérin (*suite*) (1),

Par le Dr Paul Petit,

Chirurgien adjoint de l'hôpital libre Saint-Michel.

Epithélioma du col.

I. — *Epithéliome intracervical.*

L'épithéliome à début intracervical demeure bien plus longtemps silencieux que l'épithéliome corporéal ; il ne provoque d'hémorragie que beaucoup plus tard et très souvent, alors que le col est d'apparence normale, que les pertes rouges sont encore légères, intermittentes, que la sanie peut passer inaperçue, que la malade ne souffre pas, on peut trouver le conduit cervical déjà profondément évidé.

L'épithéliome intracervical débuterait, soit par une infiltration sous-muqueuse, soit dans la muqueuse même, par des productions polypoïdes.

D'après Roger Williams, la manifestation initiale serait ordinairement un nodule circonscrit formant une excroissance aplatie, bosselée, élastique, superficiellement friable, qui émettrait des prolongements profonds suivant les vaisseaux et bientôt s'ulcèrerait et s'excaverait.

Je n'ai jamais observé à l'intérieur du col ce nodule cancéreux de début, mais j'ai vu prendre pour du cancer des bosselures qui n'étaient dues qu'à des œufs de Naboth ou à de petits fibromes sous-muqueux.

Bouilly a décrit une forme d'*hypertrophie glandulaire localisée* qui pourrait plus facilement donner le change. Cette lésion, d'après lui, « s'observerait de préférence chez des nullipares ou chez des femmes dont le col n'est que peu déchiré. Son siège presque constant est la face interne de la lèvre antérieure du col qui est hypertrophié. Elle se présente au doigt sous forme d'une saillie mollasse douloureuse à la pression et reposant sur un plan sous-jacent plus résistant ; cette saillie, de surface très limitée, est comme acuminée ou s'étend en longueur du côté de l'orifice interne. Au spéculum elle apparaît rougeâtre, mamelonnée, framboisée, recouverte par la muqueuse cervicale vascularisée, mais non ulcérée, enduite parfois de mucus glaireux ou d'un peu de sang. Le peu de dureté de sa base, son enduit glaireux, l'insignifiance de l'hémorragie sous la pression du doigt, l'absence d'ulcération même superficielle évitent de la confondre avec la végétation primitive du cancer ».

(1) Voir les numéros des 14 et 21 janvier 1906.

II. — *Epithéliome de la surface vaginale du col.*

Il est entendu, comme je l'ai dit, que pour l'histologiste le cancer ne peut commencer que par un noyau d'infiltration. Mais au point de vue clinique, pratique, je distinguerai, comme formes de début de l'épithéliome de la surface vaginale du col, outre la forme *interstitielle* : une forme *végétante*, une forme *exulcéreuse*, sur laquelle j'insisterai particulièrement et une forme *leucoplasique*, que je ne citerai que pour mémoire, car je ne l'ai pas observée.

Le cancer de la surface vaginale du col est le plus fréquent de tous les cancers utérins, le plus accessible à notre investigation et pourtant il est extrêmement rare de le surprendre à ses débuts. C'est qu'à cette période, outre les raisons psychologiques et sociales déjà exposées, l'évolution de la néoplasie peut être, comme nous allons le voir, *absolument latente*, qu'elle semble *effroyablement rapide*, assez pour atteindre en quelques semaines la *période d'état*, qu'enfin elle peut affecter des apparences cliniques *qui gagneraient à être vulgarisées*.

Depuis près de vingt ans, mon attention est constamment fixée sur le dépistage du cancer utérin à ses origines et je n'ai pu observer, en *tout et pour tout*, sur *un grand nombre* de malades, que 4 à 5 fois peut être le début intra-corporéal et 5 fois le début sur la surface vaginale. Mais il est vrai, encore une fois, qu'en cette région, j'entends par début une période subjectivement latente, et qui se confond pour ainsi dire avec l'éclosion même du néoplasme.

D'une façon générale, il est bon de rappeler: 1° qu'ici plus que jamais les données du toucher l'emportent de beaucoup sur les renseignements du spéculum ;

2° Qu'il existe, entre la zone suspecte et le reste du col, des différences de consistance et de vascularité qui ne se rencontrent jamais dans les lésions inflammatoires ; quand il y a cancer, l'ongle peut toujours pénétrer tant soit peu dans le tissu malade, en détacher un fragment si petit soit-il, et déterminer de ce fait une hémorrhagie hors de proportion avec le peu d'importance du traumatisme investigateur. C'est le signe de l'ongle de Laroyenne, un signe capital. Il est cependant bon d'ajouter que sa valeur démonstrative est très inégale ;

3° Que l'examen clinique doit être souvent sinon toujours complété par l'examen histologique qui laisse encore moins de doutes que pour le cancer du corps.

En effet, au début même de l'épithéliome de revêtement, la désorientation kariokinétique transforme en inclusion le processus externe de kératinisation, étrangle et sépare les lobes épithéliaux inclus qui désormais évoluent pour leur propre compte, crée le globe épidermique ou muqueux.

1° Forme interstitielle.

Elle se présente sous les apparences d'indurations *nodulaires* ou *diffuses*.

A. — *Variété nodulaire.* — On comprend qu'elle puisse être confondue avec des noyaux de *sclérose simple* ou de *sclérose périkystique*.

Mais le noyau de sclérose simple est mieux limité et ne se rencontre guère qu'à l'angle des lacérations cervicales. C'est le clou *cicatriciel*

d'Emmet qui se continue ordinairement avec une induration inflammatoire, douloureuse, de la gaine hypogastrique. Depuis que l'asepsie obstétricale est plus sévère, cette lésion devient bien rare. Il faut, en vérité, beaucoup d'inexpérience pour la confondre avec le cancer.

J'ai souvenance d'avoir enlevé en plein tissu de la lèvre antérieure d'un col de nullipare un nodule scléreux de la grosseur d'un pois qui suffisait à provoquer des douleurs intolérables et dont l'origine m'est restée inconnue.

Bouilly a particulièrement insisté sur le diagnostic entre le nodule cancéreux et la *nodosité périkystique*. Celle-ci se présente « sous forme d'une nodosité dure plus ou moins saillante, assez souvent douloureuse à la pression, ne dépassant pas le volume d'un pois, enchâssée et immobilisée dans le tissu du col, parfois recouverte de fines arborisations vasculaires, mais ces petits vaisseaux saignent peu sous le doigt. La ponction au bistouri donne issue à une goutte de mucus très épais, tandis que, s'il s'agit du cancer, elle ne donne que du sang ». Cette différenciation n'offre donc aucune difficulté.

M. Pichevin, dans une observation récente, semble avoir saisi la variété nodulaire du cancer cervical, au moment même où elle allait s'ulcérer (*Semaine gyn.*, janv. 1905) :

La lèvre postérieure du col, la plus volumineuse, la plus éversée, présentait dans la partie la plus voisine de la muqueuse vaginale en apparence saine, une portion arrondie, saillante, molle à sa superficie et reposant sur une zone indurée. Le tout *n'avait* pas plus d'un centim. de diamètre et confinait à la face vaginale postérieure du col. Cette partie molle à sa surface, placée sur un fond dur, était d'un jaune particulier et tranchait quelque peu sur l'ulcération inflammatoire de la lèvre postérieure. Quand on y touchait, on déterminait un écoulement de sang.

M. Pichevin enleva à la curette un fragment des tissus suspects qui, à l'œil nu, ne paraissait pas de mauvaise nature. L'examen microscopique leva les doutes. Il s'agissait d'un épithéliome au début, développé au dépens de la muqueuse vaginale du col. Il existait des globes épidermiques, et des lobules d'épithéliome tubulé.

B. — *Variété diffuse.* — Kelly semble avoir bien vu cette forme de début quand il écrit : « Le col présente une zone d'induration et d'infiltration, avec une augmentation de la vascularité et une apparence vernissée. »

On a coutume de dire que, lorsqu'on hésite entre l'ectropion inflammatoire et le cancer, c'est que celui-ci n'est pas en jeu. Cette affirmation n'est exacte qu'à un stade déjà assez avancé. Quand le cancer vient de se greffer sur un ectropion, (avec la prédilection qu'il montre pour toute surface traumatisée), lorsqu'il n'est encore ni franchement ulcéré, ni végétant, il faut une grande attention pour ne pas faire erreur.

Un col atteint d'ectropion et de pseudo-ulcération purement inflammatoire est de consistance plus ou moins ferme, suivant le degré de sclérose, mais à peu près uniforme, sauf parfois, comme je l'ai rappelé, au niveau des angles de lacération et des kystes inclus. La *plaque catarrhale* présente, plus ou moins nettes, les arborisations de l'arbre de vie ou bien, si elle est épidermisée, offre l'aspect de la muqueuse vaginale périphérique avec, en plus, les élevures des kystes inclus. Elle ne se laisse pas entamer et ne saigne pas sous la pression de l'ongle.

Or, voici ce qui m'a particulièrement frappé à l'examen d'un col où le cancer commençait à s'étendre dans la profondeur de la plaque catarrhale sans avoir encore déterminé d'ulcération : l'état régulièrement et finement granuleux de cette surface, la friabilité très superficielle et la vascularité sur fond de consistance élastique, la bordure périphérique particulièrement dure et déjà en saillie sous le doigt (comme dans le cancer déjà ulcéré) et l'adhérence anormale de la muqueuse vaginale au-delà des limites de l'ectropion.

On se gardera tout particulièrement contre la confusion entre les diverses formes de cancer cervical encore à l'état interstitiel et les scléroses du col d'origine syphilitique. M. Barthélemy (1) a particulièrement insisté sur ce point. Les scléroses syphilitiques du col succèdent aussi bien à l'accident primitif qu'aux accidents secondaires et tardifs. Le col peut être sclérosé en bloc (comme d'ailleurs le reste de l'organe) ; j'ai eu entre les mains un col de syphilitique tertiaire, enlevé par M. Doléris, qui a particulièrement bien étudié la lésion au point de vue obstétrical ; ce col, avant toute action des réactifs, était d'une dureté véritablement pierreuse, toute spéciale de par son degré même. D'après les observations relevées par M. Barthélemy, les scléroses localisées de même origine se présentent sous forme de noyaux de plaques, d'infiltrations.

2° Forme végétante.

Le début végétant semble se montrer surtout (sinon exclusivement) à l'orifice du col, aux dépens de la muqueuse endocervicale ectropionnée. « On peut voir », dit M. Aug. Pettit, « sur le bord de l'une des lèvres, au niveau de l'ouverture du museau de tanche, s'élever une végétation bosselée, verruqueuse ; bientôt les deux lèvres s'épaississent et, avec une rapidité surprenante, des bourgeons exubérants se développent .. »

Autant que je puis l'affirmer par l'examen clinique (car je n'ai malheureusement pu faire la biopsie), voici un exemple de cette forme observé récemment par moi à la consultation du petit hôpital Saint-Michel :

Mme X., 47 ans, se présente le 7 octobre 1904, se plaignant uniquement de métrorrhagies qui s'accentuent de plus en plus, depuis le mois de mars dernier. Apparence extérieure très satisfaisante. Ni douleurs, ni pertes odorantes, ni même pertes de sang au moment où je l'examine. Utérus scléreux. Corps utérin en voie d'atrophie. Col hypertrophique présentant, au voisinage de l'orifice externe, une surface régulièrement arrondie, de la dimension d'une pièce de vingt sous, d'un rouge légèrement vineux, hérissée de franges qui au premier abord pourraient être prises pour des éléments de l'arbre de vie ectropionné et un peu épaissi. Mais, outre sa coloration un peu spéciale, cette surface saigne très abondamment au moindre contact, est nettement friable et se montre, au toucher, entourée d'une zone étroite de consistance ligneuse, beaucoup plus dure que le reste du tissu sclérosé du col Les ligaments larges sont un peu épaissis, mais souples.

(*A suivre.*)

(1) *Ibid.*

THERAPEUTIQUE

Sur l'action clinique du chlorhydrate de cotarnine ou Stypticine dans les hémorrhagies de l'appareil utéro-annexiel de la femme.

Les effets toxiques et tétanisants de l'ergotine sont bien connus des praticiens, de même que l'inconstance thérapeutique de l'hydrastis canadensis. Que l'on ordonne la teinture, ou l'extrait fluide de ce remède, on obtient des résultats plus ou moins énergiques et parfois insuffisants. Cela tient, non pas à des réactions physiologiques envers ce remède, mais à lui-même.

En effet, les rhyzomes de la plante appelée hydrastis ne contiennent pas toujours une égale dose de principe actif, et, suivant l'âge des feuilles, suivant le lieu de leur provenance, suivant leur degré de maturité, de dessiccation, les préparations obtenues ont une activité différente.

Il était donc nécessaire de chercher un autre remède, qui pourrait avoir sur les hémorrhagies en général, et plus spécialement les hémorrhagies utéro-annexielles, des effets astringents tout aussi nets que ceux de l'ergot et de l'hydrastis, mais cette fois d'une façon régulière, constante et sans effets secondaires fâcheux.

De plus, il est un grand nombre d'hémorrhagies qui s'accompagnent de symptômes douloureux, et, quand ces douleurs ne sont pas directement causées par les pertes sanguines, l'ergot et l'hydrastis ne peuvent les influencer ; il faut alors recourir à d'autres médicaments.

Or, la thérapeutique actuelle nous offre précisément un corps, de constitution chimique stable et bien définie, exerçant à la fois un pouvoir vaso-constricteur et analgésique, ayant une solubilité parfaite dans l'eau, et une réelle innocuité. Ce corps n'est autre que le chlorhydrate de cotarnine ou *Stypticine*.

De telles propriétés physiologiques, de tels avantages pratiques, ont depuis longtemps attiré l'attention des Allemands, et Gottschalk (1), pour ne parler que de lui, a montré l'efficacité de la Stypticine dans les hémorrhagies utérines. En France, ce remède est bien connu des gynécologues, et Labadie-Lagrave écrit : « Cette substance agit comme spécifique dans les métrorrhagies symptomatiques de lésions locales (annexites, endométrites), et aussi dans les pertes qui se manifestent à la puberté sans cause ou, du moins, sans cause apparente (2).

Ces affirmations autorisaient une étude clinique du chlorhydrate de cotarnine ; aussi, l'avons-nous essayée nous-même, en prenant comme sujet d'expériences les hémorrhagies si fréquentes de l'appareil utéro-ovarien de la femme.

Nous diviserons cette étude en trois grands chapitres : dans le premier, qui fait l'objet de cet article, nous traiterons de l'action de la Stypticine sur les hémorrhagies qui se présentent aux deux pôles de la vie génitale : à l'apparition des premières règles et au moment de la ménopause. Nous parlerons aussi de la dysménorrhée.

(1) *Ther. Monats.*, 1895, vol. IX, p. 646.

(2) *Traité Médico-chirurgic. de gyn.*, p. 39, deuxième édition, 1902.

Dans un second travail, nous exposerons les résultats obtenus avec la Stypticine sur les hémorrhagies d'origine métritique, et nous distinguerons la métrite pure, sans déviation utérine, et la métrite s'accompagnant de déviation manifeste.

Enfin, dans un dernier article, il sera question des changements apportés par ce remède aux pertes sanguines attribuables aux lésions annexielles et aux tumeurs (Fibromes, polypes, épithélioma).

Nous laisserons bien entendu de côté les hémorrhagies causées par les affections cardiaques, les maladies respiratoires, les pyrexies (Epistaxis de Gubler).

Il est d'abord une constatation générale que nous avons faite dans la plupart des cas : la Stypticine, prise à l'intérieur, sous la forme de tablettes dosées à 0,05 ctg., forme qui masque bien son goût désagréable, ne fatigue ni l'estomac ni l'intestin. Nous n'avons pas observé les vomissements trop souvent causés par l'ergot de seigle. Le médicament nous a paru, dans certains cas, réveiller la tonicité musculaire de l'intestin atone, sans pour cela provoquer de diarrhée. Faut-il lui attribuer les mictions plus fréquentes observées chez quelques névropathes ? En tout cas, nous n'avons pas considéré ce phénomène comme un inconvénient.

Sur les fibres musculaires de l'utérus, la Stypticine exerce une action contractile manifeste, bien que moins énergique que celle de l'ergotine. Nous en avons fait la constatation dans quelques cas de polypes formant corps étrangers dans l'utérus. Il faut donc être prudent chez les femmes soupçonnées de grossesse et, dans ce cas, nous conseillons de s'abstenir. De même, dans la période menstruelle, il faut savoir que, pour diminuer des hémorrhagies profuses, on s'expose, comme avec l'hydrastine d'ailleurs, à juguler complètement les règles elles-mêmes. Il faut donc, à ce moment précis, proportionner les doses du remède à l'abondance de l'hémorrhagie, et éviter les doses massives.

* * *

Hémorrhagies de la jeune fille, hémorrhagies de la ménopause, dysménorrhées.

La pratique de la gynécologie nous permet de constater souvent, chez les jeunes filles récemment réglées, d'abondantes ménorragies et métrorrhagies, et cela en dehors des intoxications ou des maladies infectieuses. Ces pertes sanguines, bien étudiées par Quénu et Castan (1), se produisent sans causes appréciables et ne s'accompagnent ni de douleurs, ni de leucorrhée.

Nous avons obtenu avec la Stypticine, dans ces cas bien particuliers, les résultats suivants :

Observation I. — Chez une jeune fille de 13 ans et demi, les règles venaient d'apparaître depuis 2 mois normalement. Au troisième mois, des hémorrhagies fort abondantes alarmèrent la famille, mais elles cessèrent au bout d'une dizaine de jours. Les menstrues suivantes furent tellement abondantes que la malade fut obligée de s'aliter et de demander une consultation. L'utérus était sain, légèrement dévié en avant, les annexes normales, et rien ne pouvait expliquer de pareilles pertes de sang.

(1) *Des métrorrhagies des jeunes filles*, Thèse de Paris, 1898.

En même temps que des injections d'eau très chaude à 45°, nous avons ordonné 6 tablettes de Stypticine à 5 centigr. par jour jusqu'à effet. Dès la première journée, l'hémorrhagie était atténuée et, au bout de 36 heures, elle avait perdu son abondance anormale. La médication fut alors ramenée à 4 tablettes par jour, et les règles se continuèrent pendant 6 jours, sans nécessiter une nouvelle intervention.

Pour éviter le retour de semblables accidents, nous avons fait prendre à cette malade 4 tablettes de Stypticine par 24 heures, pendant toute la semaine qui précéda l'apparition des règles suivantes, et 5 tablettes pendant toute cette période

Les menstrues furent sensiblement moins profuses et durèrent 7 jours. La médication fut continuée ainsi tous les mois d'une façon régulière et la malade n'a pas eu d'autre hémorrhagie.

Observation 2. — Chez une autre jeune fille de 15 ans d'hérédité hémophilique, non seulement les règles étaient extrêmement abondantes pendant 10 à 12 jours, mais il y avait aussi de véritables métrorrhagies. Dans la journée, dans la nuit, la malade se sentait tout à coup mouillée de sang. Des injections chaudes avaient eu tout d'abord un certain effet, mais elle n'avaient plus maintenant une action suffisante.

Cette malade avait un utérus sain, des annexes normales, et aucune lésion apparente ne pouvait expliquer ces écoulements.

Appelé pour combattre cette ménorrhagie, nous avons ordonné 6 tablettes de Stypticine par jour, mais l'écoulement n'a vraiment diminué d'abondance qu'au bout de 48 heures environ ; à la fin de la semaine, les règles étaient arrêtées. Pendant les jours suivants, la médication fut continuée à raison de 3 tablettes par 24 heures, et, sauf une légère perte sanguine de peu de durée, les métrorragies ne se reproduisirent plus. Par la suite, en ordonnant 4 tablettes, *pro die*, 8 jours avant les règles, nous avons complètement évité le retour des accidents menstruels.

Voilà donc deux cas de ménorrhagies très abondantes et tenaces chez des jeunes filles au moment de la puberté. Tout en faisant remarquer que nous avons agi avec prudence pour ne pas arrêter immédiatement les règles, on peut voir que la Stypticine a nettement diminué l'abondance des pertes.

Jusqu'ici, on est en droit de dire que ce remède exerce sur les ménorrhagies une action analogue, quoique un peu plus puissante, que l'hydrastis canadensis.

Mais voici maintenant deux cas de dysménorrhée douloureuse, l'une s'accompagnant de règles profuses, l'autre survenant chez une névropathe, sans flux sanguin abondant. Nous tenons à dire que, dans nos recherches sur la dysménorrhée, nous avons éliminé tous les cas d'atrésie de l'orifice externe, justiciables à notre avis de la stomatoplastie par évidement commissural (opération de Pozzi).

Observation 3. — La première de ces malades présentait à chaque période menstruelle des douleurs lombaires et hypogastriques excessives : chaque tranchée utérine donnait des caillots abondants. Les règles se prolongeaient pendant 9 à 11 jours, et, vers la fin, les douleurs disparaissaient, faisant place à de véritables hémorrhagies.

Cette femme de 21 ans était atteinte de métrite légère avec rétroflexion sans annexite.

Elle prit 5 tablettes de Stypticine par jour en pleine période menstruelle, les douleurs se calmèrent progressivement, les tranchées utérines furent moins violentes et les fortes hémorrhagies de la fin ne se reproduisirent pas ; les règles durèrent 6 jours.

Les effets du médicament furent surtout manifestes quand la malade se soumit au traitement prolongé, c'est-à-dire absorba 3 tablettes de Stypticine pendant les 8 jours précédant les règles, et 4 tablettes à ce moment. Les douleurs devinrent supportables, et l'hémorrhagie à peu près normale.

Nous n'avons pas remarqué de grands changements sur la métrite. Cependant, l'utérus était peut-être un peu moins volumineux.

Observation 4. — Chez notre seconde malade, jeune fille de 19 ans, névropathe, les règles étaient extrêmement douloureuses, forçant la malade à garder le lit pendant les deux premiers jours ; quelques-unes de ces crises s'accompagnaient d'un léger écoulement sanguin, les règles duraient 6 jours.

Nous n'avons pas pu examiner la malade à ce moment, et nous avons prescrit un lavement à l'antipyrine, à renouveler s'il y a lieu pour calmer les souffrances.

Quelque temps après, l'examen fut possible : l'utérus était en antéflexion, un peu gros, mais sans autres lésions. Les annexes étaient normales.

Il s'agissait pour nous d'un cas de dysménorrhée en rapport avec cette antéflexion, mais à forme nerveuse, surtout caractérisée par les symptômes douloureux.

Quatre tablettes de Stypticine prises tous les jours, pendant la semaine précédant les règles suivantes, diminuèrent sensiblement ces douleurs plus nettement que chez l'autre malade, qui n'avait absorbé la Stypticine qu'au moment même des règles. L'écoulement sanguin a été même un peu plus abondant, ce que nous expliquons par l'action sédative de la cotarnine sur le plexus nerveux utéro-ovarien et, par contre-coup, sur les vaisseaux eux-mêmes.

Nous avons plusieurs autres cas de dysménorrhée habituelle chez les jeunes filles qui, en dehors d'une antéflexion, ne présentaient pas de lésions utérines. D'une façon générale, la Stypticine, absorbée de préférence quelques jours avant l'apparition des menstrues, empêche les menorrhagies, diminue la durée des règles, et très nettement la douleur. Ce fait est de première importance, car il donne à la Stypticine, à ce point de vue, une supériorité incontestable sur les autres vaso-constricteurs.

C'est encore chez les femmes, à la période de la ménopause, que le médicament est spécialement indiqué.

Nous avons observé plus de 8 malades de ce genre, femmes de 45 à 55 ans, les unes ayant constamment des hémorrhagies, les autres par intermittence. Beaucoup avaient un utérus fibromateux rétroversé. Certaines étaient atteintes de métrite chronique avec ulcération, la plupart présentaient des signes manifestes d'insuffisance ovarienne et souffraient dans la région lombaire et hypogastrique.

Nous avons fait prendre à ces malades 3 à 5

PATRONAGE MÉDICAL

BUT DE LA SOCIÉTÉ

Le **Patronage Médical** est une société civile en commandite.

La Société ne fait aucun acte commercial ; elle acquiert des actions, des titres divers de sociétés d'eaux minérales, d'établissements médicaux, etc. Les adhérents ne sont engagés que jusqu'à concurrence de la somme souscrite par eux.

Ils sont donc co-propriétaires de valeurs indivises au même titre que les nombreux et riches confrères, qui sont porteurs d'actions ou titres divers de sociétés comme Vichy, Châtel-Guyon, etc. Et de même qu'eux, ils recommandent ces eaux et établissements à leurs clients et amis, parce que la Société ne s'y est intéressée qu'après avoir constaté la preuve de leur valeur thérapeutique.

Les parts du Patronage Médical sont cédées au prix de 50 francs et donnent droit à :

1° La perception d'un dividende annuel, pour chaque part, dividende fixé par l'Assemblée Générale ;

2° La jouissance d'une pension viagère proportionnelle aux ressources de la caisse, pension fixée également chaque année par l'Assemblée Générale lorsque le titulaire aura réuni ces TROIS CONDITIONS : cinquante ans d'âge, dix années de participation au « Patronage » et abonnement permanent au journal *Le Concours médical* qui est l'organe de la Société ;

3° Enfin, pour la veuve ou les enfants mineurs, si le titulaire vient à mourir : *dès maintenant et après une année de participation*, une allocation de 300 francs, prélevée sur un fonds spécial dû à la générosité des premiers bienfaiteurs ; *plus tard et après 10 ans de participation* — dès que la chose sera possible —, une pension annuelle dont le montant sera déterminé par l'Assemblée Générale.

AVIS

Les certificats de propriété sont envoyés deux mois environ après le paiement de la souscription. Ces titres ne comportent pas de coupons, les dividentes afférents à chaque exercice sont envoyés par mandats-cartes payés au domicile de chaque sociétaire.

Société civile « LE PATRONAGE MÉDICAL »

23, rue de Dunkerque, Paris.

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom et prénoms) ____________________

Médecin à ____________________ *Département de* ____________________

né le ____________________ *à* ____________________ *Département* ____________________

déclare adhérer au « **Patronage Médical** » *et prie M. le D*r MAURAT, *gérant de la Société, de me transférer* ____________________ *parts au prix de cinquante francs l'une.*

(*a*) 1° *Je joins à cette adhésion la somme de* ____________________ } **représentant le montant de ma participation**

2° *Je l'autorise à faire toucher la somme de* ____________________

A ____________________ *le* ____________________

(SIGNATURE)

(*a*) Prière de rayer le mode de paiement qui ne convient pas.

Envoyer ce bulletin au siège de la Société, 23, rue de Dunkerque, Paris.

tablettes de Stypticine par 24 heures pendant une dizaine de jours, auxquels succédait un repos d'une semaine, et nous recommencions ainsi pendant toute la période troublée. Nous avons obtenu par ce moyen, dans la grande majorité des cas, une diminution très nette des hémorrhagies et des congestions de voisinage. Les douleurs disparaissaient, la durée de la ménopause était abrégée, et très souvent, en un mois environ, les malades se proclamaient guéries.

Si donc nous résumons, à la fin de ce premier travail, le résultat de nos constatations au sujet des ménorrhagies et métrorrhagies de la puberté, au sujet de la dysménorrhée, et de la ménopause, nous dirons que la Stypticine a une action hémostatique au moins équivalente à celle de l'hydrastis, et surtout qu'elle lui est supérieure au point de vue analgésique.

De plus, la Stypticine est sans toxicité ; nous l'avons donnée pendant longtemps, notamment à l'époque de la ménopause, à la dose de 25 centg. par jour, sans le moindre inconvénient. Les tablettes de Stypticine ne fatiguent pas l'estomac et ne troublent pas les fonctions digestives.

Ce qu'il faut retenir surtout, c'est que, dans les ménorrhagies et la dysménorrhée, s'il est indiqué de donner, au moment précis de l'affection, des doses médicamenteuses proportionnées à l'intensité du flux sanguin et de la douleur, mais que nous n'avons pas portées nous-mêmes au delà de 6 tablettes, par crainte de juguler les règles, il est de beaucoup préférable d'instituer un traitement préventif, en faisant prendre pendant une semaine environ avant la date présumée des menstrues, une dose variant de 3 à 4 tablettes de Stypticine par jour, c'est-à-dire 15 à 20 centigr. de principe actif.

Par ce procédé, il serait exceptionnel de ne pouvoir pas se rendre maître de l'hémorrhagie et de la douleur, et, d'une façon plus constante et plus sûre que si l'on usait de l'hydrastis qui, lui, n'a aucun pouvoir analgésique, tandis que la cotarnine est un dérivé de l'opium.

Dr M. Nigoul,
Médecin en chef du dispensaire de la Préfecture de la Seine.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur le traitement interne de l'appendicite.

L'inflammation du cœcum, ou mieux l'appendicite, a fait couler beaucoup d'encre en ces dernières années. On est devenu de plus en plus interventionniste ; d'un excès on est tombé dans l'autre, et peut-être n'est-il pas sans intérêt d'examiner avec attention les résultats que permet d'obtenir le traitement conservateur. Moosbrugger (*Münch. Med. Wochens.*, 1905, n. 37), se basant sur une observation de cinq années prétend, grâce à son traitement interne, obtenir dans toutes les formes d'appendicite, aiguës ou chroniques, des résultats aussi brillants que ceux des autres méthodes, de la méthode chirurgicale en particulier. Certainement, dit-il, la chirurgie ne peut plus avancer dans la voie où elle s'est engagée ; les opérations hâtives, la chose est absolument sûre, disparaîtront et devront disparaître avec le temps et c'est aussi l'ablation de l'appendice « à froid » qui deviendra moins nécessaire.

Le traitement, que préconise Moosbrugger, repose sur l'administration large, exclusive ou presque exclusive, de l'argent colloïdal de Crédé.

Quand il s'agit de cas légers, dans lesquels existent depuis quelques jours déjà des coliques intermittentes dans la fosse iliaque droite, avec irrégularité des selles, mais sans ballonnement du ventre, avec une sensibilité plus ou moins grande de la région, l'auteur ordonne le repos au lit avec applications de cataplasmes de farine de lin, et il fait prendre à l'intérieur une demi-cuillerée ou une cuillerée par heure d'une solution d'argent colloïdal, au titre d'1 gramme pour 200 gr. d'eau.

Si l'affection est déjà arrivée à un stade plus avancé, s'il y a des vomissements et du ballonnement du ventre, ou s'il y a eu, dès le début des frissons, des troubles graves de l'état général, l'auteur fait prendre au patient 10 grammes par heure d'une solution d'argent colloïdal au titre de 2 gr., pour 200 gr. d'eau : de plus, deux fois par jour, il fait faire, durant 25 à 30 minutes, une friction aux plis de flexion des bras et des jambes avec 2 grammes de pommade au collargol. Si les vomissements sont très intenses, l'argent colloïdal est donné en lavements à raison de 1 gramme de collargol pour 200 d'eau, en deux fois dans la journée, le matin et le soir. On prescrit aux enfants une solution de 0, 5 pour 100, ou de 0,75 pour 100 par la bouche (une cuillerée à café toutes les demi heures), et une ou deux frictions quotidiennes avec 1 gramme de pommade au collargol.

Moosbrugger n'emploie aucun remède pour amener des selles, ou chasser les gaz, qui ballonnent le ventre : il considère les lavements ou les purgatifs comme dangereux, car ceux-ci produisent des mouvements péristaltiques, capables d'étendre le processus morbide primitivement localisé, fût-il fibrineux ou purulent. Il condamne également l'opium, la morphine, ou tout autre narcotique, qui marquent pour quelques heures tout au moins la gravité de l'affection.

Si l'on emploie ce traitement dans des cas relativement récents d'appendicite, on a le plaisir de voir l'état général et les troubles locaux légèrement améliorés dès le deuxième jour ; la température diminue ; au 2e ou 3e jour le ballonnement disparaît, et l'on observe souvent une selle spontanée, composée de matières noirâtres : le malade se trouve mieux. Ce rétablissement de la fonction intestinale marque le début de la convalescence.

Dans tous les cas graves, où l'exsudat a déjà fait irruption dans la cavité abdominale, où la péritonite généralisée menace, l'amélioration est plus lente : l'état reste plus stationnaire durant 4 à 8 jours, et seuls certains signes, tels que le facies, la longue durée de la maladie, malgré la malignité du processus, peuvent servir d'heureux présages.

Néanmoins les résultats ne sont pas aussi brillants, lorsque l'infection n'est pas récente. S'il y a déjà une inflammation locale du péritoine, avec un ou plusieurs abcès, qui grâce aux adhérences fibreuses n'ont pas fusé vers la cavité générale, la guérison est plus lente ; elle nécessite durant plusieurs semaines les frictions et l'administration du collargol. Mais tous les cas, observés par

Moosbrugger (l'un d'eux même devait être opéré), guérirent sans intervention chirurgicale.

L'observation suivante démontre aussi que, même des cas apparemment désespérés, peuvent guérir, grâce au traitement intensif par le collargol.

Un enfant de 10 ans présentait depuis deux jours des coliques violentes, avec vomissements, ventre tendu, ligneux, mauvais état général, facies abdominal. Ses parents refusaient toute intervention chirurgicale, et le malade semblait perdu. L'auteur lui fit prendre chaque heure une cuillerée d'une solution de collargol à 1 % ; frictions biquotidiennes avec 1 gramme de collargol. Si l'estomac ne supportait pas la solution, celle-ci était donnée en lavements, pour que chaque jour au moins 0,50 d'argent colloïdal fussent absorbés. Durant les quatre premiers jours, il n'y eut pas grand changement : mais cependant le petit malade continuait à vivre, quoique depuis longtemps il fût condamné. A partir du 5[e] jour les symptômes devinrent de moins en moins alarmants ; le 10[e] jour le patient put être considéré comme hors de danger, mais la convalescence fut longue.

Il est à remarquer que, même lorsque la phase aiguë de la maladie est passée, le médicament ne doit pas être brusquement supprimé, au risque d'observer des récidives, qui s'accompagnent de température, de coliques, etc., comme la première crise, et nécessitent de plus fortes doses d'argent colloïdal. L'auteur conseille de donner pendant quelques semaines, 3 à 5 cuillerées par jour d'une solution de collargol à 1/200.

Sur 70 à 80 cas, graves, moyens ou légers, traités de la sorte, Moosbrugger n'eut que deux décès. C'étaient une fillette de 5 ans et un homme de 40 ans, qui présentaient déjà de l'infection péritonéale généralisée, quand le traitement fut institué ; la fillette mourut en 4 jours, l'homme en 18 heures : leur état était si grave, qu'il ne pouvait même plus être question d'une intervention chirurgicale.

Si l'on compare cette mortalité à celle des vieux traitements : glace, opium etc., le collargol apparaît comme un médicament remarquable dans l'appendicite, surtout quand l'infection est récente, et quand il n'existe pas encore de péritonite généralisée. Le point essentiel consiste à poser de bonne heure un diagnostic exact. Toute appendicite, diagnostiquée à temps, si aiguë et si maligne soit-elle, peut guérir sans intervention chirurgicale, grâce à l'administration rationnelle du collargol.

Pour éviter ces récidives, autrefois si fréquentes dans l'appendicite, il est nécessaire que le malade non seulement continue à prendre du collargol pendant un certain temps, mais encore qu'il suive longtemps un régime diététique.

L'usage prolongé du collargol ne présente aucun danger pour l'organisme ; tout au plus observe-t-on un peu de diarrhée, quelque tenesme ; mais ces accidents disparaissent dès que cesse l'administration du médicament.

Le collargol est un antiseptique puissant, dépourvu de toxicité. Dans l'organisme, il se combine d'une part aux toxines sécrétées pour les neutraliser : d'autre part, par analogie avec son action sur les plaies, on peut admettre qu'il agisse localement sur l'appendicie et sur les tissus voisins qui sont le siège d'une inflammation.

La migration des larves d'ankylostome au travers de la peau de l'homme. Intérêt épidémiologique et prophylactique de cette notion.

En ces dernières années, le mode d'infection de l'homme par l'ankylostome a été beaucoup discuté. Leichtenstern, le premier, a pu faire absorber par la voie buccale à des sujets mis en expérience des larves d'ankylostome, et régulièrement il a vu apparaître chez ceux-ci les symptômes de l'ankylostomiase ; peu de temps après l'absorption des larves, les œufs apparaissent dans les fèces, et les purgatifs y amenaient également les vers producteurs. Malheureusement, ces expériences n'ont pas été publiées *in extenso* ; on sait cependant que celles-ci portèrent sur quatre ou cinq personnes ; les résultats en furent toujours positifs : le nombre des œufs d'une part, celui des vers trouvés dans les fèces de l'autre, répondaient à peu près exactement au nombre de larves introduites dans l'estomac.

Leichtenstern a fait en outre quelques essais sur lui-même ; il a appliqué sur sa peau des larves encapsulées, même en très grand nombre. Bien qu'il ait répété cette expérience à différentes reprises, jamais il n'a constaté la présence du moindre ankylostome dans ses fèces. Après sa mort, les recherches nécropsiques ont également démontré l'absence de tout parasite sur sa muqueuse intestinale.

Pendant longtemps on a donc cru reconnaître dans l'absorption par la voie buccale le seul mode de pénétration de l'ankylostome dans l'organisme. En 1903 seulement, Loos attira l'attention sur la possibilité d'une deuxième voie d'infection. Il émit l'idée que celle-ci pouvait se faire également au travers de la peau humaine intacte. Après avoir, en effet, plusieurs mois durant, manipulé des ankylostomes, il trouva ses selles infectées à différentes reprises. Au cours de ses expériences, une goutte d'eau riche en larves était tombée accidentellement sur sa peau ; pendant que celle-ci se desséchait, il avait éprouvé une forte sensation de brûlure, et il en conclut que son infection remontait à cette origine. Il croyait pouvoir écarter une infection accidentelle par la bouche avec une certitude absolue, quoiqu'auparavant ses mains et ses doigts eussent été fréquemment contaminés par des larves ; mais il prenait un soin méticuleux à ne pas toucher sa bouche avec ses doigts. Ainsi se trouvait démontré le fait que l'ankylostome, migrant au travers de la peau humaine, pouvait déterminer l'ankylostomiase. C'était tout au moins l'idée de Loos. Cependant il est difficile d'éliminer sûrement une infection buccale de laboratoire. Cette même objection peut d'ailleurs s'appliquer à ce fait que deux auteurs italiens, Pieri et Noé, après s'être appliqué sur la peau plusieurs milliers de larves, observèrent dans leurs selles, au bout de 70 jours et plus, quelques ankylostomes. En présence de cette objection, Loos répéta sur l'homme une nouvelle expérience, bien plus rigoureuse que toutes celles faites jusqu'alors. Chez un infirmier égyptien qui soignait beaucoup de malades à ankylostomiase, il appliqua, sur la peau de l'avant-bras, au niveau de l'articulation du poignet, quatre gouttes d'une eau riche en larves. (Auparavant il avait examiné ses selles, et n'y avait trouvé que quelques larves d'anguil-

lules). Après l'infection cutanée, on observa localement une tuméfaction, qui disparut au bout de quelques jours. Quatre semaines après l'inoculation, l'homme fut de nouveau examiné, et l'examen fut ensuite renouvelé une ou deux fois par semaine : des œufs furent découverts pour la première fois, grâce au microscope au bout de 71 jours. Dans la suite, les œufs augmentèrent, si bien qu'un peu plus tard on en décelait douze dans la même préparation.

Ce cas était évidemment très suggestif, mais il n'était pas encore suffisamment démonstratif, d'autant plus qu'il existait dans cet ordre d'idées un certain nombre d'expériences négatives. Aussi Bruns et Müller (*Münch. Med. Wochens*, 1905, nº 31) résolurent-ils d'étudier à nouveau la question, en faisant des recherches sur l'homme et sur les animaux.

Au Congrès de Berne (1904), Loos avait étayé à nouveau sa théorie en se basant sur des expériences faites sur des chiens avec l'*ankylostoma caninum*, voisin de l'ankylostome humain. Il établissait la pénétration des larves au travers de la peau, leur passage dans le sang, puis dans le cœur droit, puis dans les poumons, et enfin dans le tube digestif par le larynx. Au bout d'un certain temps, 3 à 4 semaines environ, il trouvait des œufs dans les fèces de ses chiens, ainsi que des vers dans l'intestin au moment de l'autopsie.

Schaudinn, expérimentant sur les singes avec l'ankylostome humain, avait également vérifié la migration cutanée de ce parasite. De même Lambinet (1904) avait réalisé l'infection du chien en inoculant des larves sous la peau.

Enfin Tenholt (1905) rapportait tout récemment un exemple d'infection humaine : un jeune médecin appliqua, le 16 décembre 1904, 80 à 100 larves encapsulées sur la peau de son bras ; le 1er février 1905, c'est à-dire 46 jours après, il trouva pour la première fois des œufs dans ses fèces.

Bruns et Müller vérifièrent sur 10 chiens les résultats expérimentaux, obtenus par les auteurs précédents ; ils trouvèrent des ankylostomes dans l'intestin trois ou quatre semaines environ après l'infection cutanée. Sur quatre essais d'inoculation humaine, deux seulement fournirent un résultat positif. Nous relatons le plus intéressant d'entre eux avec quelques détails.

Sur le pied d'un jeune homme de 27 ans, qui n'avait jamais été exposé à la moindre cause d'infection par l'ankylostome, furent déposées environ 300 larves encapsulées contenues dans quelques gouttes d'eau. Le pied avait été trempé pendant une demi-heure dans de l'eau chaude, afin d'en ramollir la peau. Un quart d'heure après l'application, on n'apercevait plus dans l'eau non évaporée que des larves mobiles sans capsules, et des capsules vides : après l'évaporation complète, il ne restait plus que les capsules vides, au début de l'expérience, le sang du sujet renfermait 1/2 ou 1 pour cent de leucocytes éosinophiles ; 6 à 8 jours plus tard, cette proportion commençait à s'accroître, et atteignait 5 0/0 au bout de 3 semaines, 10 % après 4 semaines, 25 % après cinq semaines.

Au bout de 35 jours, on décelait pour la première fois un seul œuf dans 22 préparations de sang ; quelques larves étaient trouvées dans les fèces. Voilà une observation probante à laquelle il est difficile de faire des objections.

Dans le deuxième cas, les larves furent trouvées 46 jours après l'infection cutanée.

Quoique certains points restent encore obscurs dans la migration transcutanée de l'ankylostome, ce mode d'infection n'en est pas moins démontré à l'heure actuelle, et c'est là un point très important pour la prophylaxie de l'ankylostomiase. Il restera cependant encore à chercher s'il ne faut pas attribuer quelque importance étiologique au nombre de larves déposées sur la peau, à leur âge, à l'âge des individus sujets à la contamination, etc.

Dès que la possibilité de ce mode d'infection fut connue, elle causa une grande émotion dans les populations minières ; on pensa que les moyens prophylactiques, employés jusqu'alors, n'avaient, ni ne pouvaient avoir aucune valeur effective. Evidemment, le mineur a beaucoup plus de chances de voir des larves au contact de sa peau, que d'en absorber par la voie buccale, mais on peut dire que le premier mode d'infection est moins dangereux que le second ; tous les essais d'infection par la bouche ont été suivis de résultats positifs, alors que, parmi les essais d'infection transcutanée, un certain nombre est resté sans succès.

D'un autre côté, on ne peut nier la possibilité que certains sujets résistent aussi à l'infection par la bouche. Toujours est-il que la prophylaxie est dans l'obligation, à l'heure actuelle, d'envisager les deux modes de contamination.

L'expérimentation a démontré que les larves étaient susceptibles de traverser la peau des bras, des mains et des pieds, celle de la région rénale ; rien ne prouve qu'il n'en soit pas de même pour tout le revêtement cutané. Les parties du corps, qui sont le plus souvent en contact avec les larves d'ankylostomes sont les mains ; mais la même éventualité peut se produire accidentellement pour la poitrine et les reins chez les ouvriers, qui travaillent dans la position couchée. Les pieds des mineurs semblent moins exposés, car ceux-ci travaillent rarement sans chaussures ou sans sabots. On ne songera pas à protéger les mains au moyen de gants en caoutchouc, car le mineur, qui travaille dans la demi-obscurité, ne peut sans danger être privé d'une partie de ses sensations tactiles manuelles. Dans une mine, les endroits dangereux pour l'infection, sont ceux où se trouvent accumulés des tas d'ordures renfermant des larves, et mieux ceux où des parcelles de ces ordures à larves ont été entraînées. Quand un mineur, en effet, a posé son pied dans des fèces, il est très possible que des parcelles de fèces restent fixées à ses bottes, particulièrement entre le talon et la semelle, et par suite se collent aux échelons des échelles, d'où la souillure possible des mains et l'infection ultérieure par la voie transcutanée. Or, comment empêcher le maintien du corps par les mains en gravissant une échelle ?

Il est difficile d'édicter des mesures prophylactiques spéciales pour éviter ce nouveau mode d'infection ; on ne peut que s'en tenir à celles, qui sont déjà en vigueur, sans les changer en rien. Il faudra toujours écarter les fèces à ankylostomes, veiller à la propreté des fosses, et surtout des mineurs, ce sont les moyens les plus efficaces pour combattre la maladie. Une surveillance particulière sera exercée sur les tinettes ; on punira sévèrement ceux qui défèqueront autre part qu'aux

endroits spécialement réservés à cet usage; la prophylaxie exigera l'examen microscopique des évacuations alvines de tout le personnel, afin qu'il soit possible de découvrir les sujets contaminés et de les éliminer du travail dans les fosses jusqu'à ce qu'ils soient complètement guéris. Les désinfectants auront peu d'action sur les larves encapsulées, aussi leur emploi restera-t-il souvent illusoire.

La connaissance de ce nouveau mode d'infection, loin d'augmenter le danger, serait au contraire plutôt faite pour la diminuer.

L'application des mesures prophylactiques, énumérées plus haut, a permis en Allemagne, où celles-ci sont en vigueur depuis l'été de 1903, dans 111 mines, de réduire de 14.510 à 2670 le nombre des malades, soit de 87,17 pour cent (données fournies par l'examen microscopique des selles). Il a donc été possible de réduire au quart de sa valeur une épidémie chronique très étendue, et, sans être optimiste, il ne faut pas désespérer de voir un jour l'ankylostome disparaître dans les exploitations minières, nous connaissons les moyens qui nous permettront d'atteindre ce résultat.

OTOLOGIE.

Attaques Hystériformes consécutives à une lésion de l'oreille.

Par le Dr De Champeaux, de Lorient.

Notre savant confrère, le Dr Lannois, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, dans un mémoire présenté à la Société d'otologie (année 1901) et intitulé : *Hystérie grave déterminée par la présence d'une aiguille dans l'oreille*, s'exprime ainsi : « Les lésions auriculaires jouent un rôle important dans l'histoire de l'hystérie de l'oreille ; là, comme pour tant d'autres manifestations de la névrose, ce sont elles qui appellent la localisation hystérique ; elles peuvent éveiller une hystérie latente. »

Notre excellent confrère, le Dr Rozier, de Paris, dans les *Annales de la Société d'otologie*, 1903, relate un cas d'otite chronique pour lequel un évidement a été nécessaire, suivi de paralysie faciale et accompagné de carie du canal demi-circulaire externe avec crises de labyrinthisme.

L'observation que je vais rapporter tient à la fois de ces deux cas : carie probable du canal demi-circulaire externe (du moins dans la partie qui saillit dans l'oreille moyenne), lésion du promontoire, crises de labyrinthisme et attaques d'hystérie consécutives. Il est absolument remarquable par la façon dont on a obtenu une amélioration considérable, sinon une guérison sensible à la suite d'un traitement judicieux des lésions auriculaires.

Observation.— Mme X... (de Lorient), âgée de vingt cinq ans, m'est adressée par un de mes confrères, le Dr Coulloch, de Lorient, pour des phénomènes hystériformes qui pourraient peut-être se rattacher à une lésion de l'oreille.

Mme X... est malade depuis deux ans et demi environ ; à la suite d'une chute de bicyclette, elle éprouva pour la première fois un sifflement dans l'oreille gauche, puis des vertiges suivis de nausées et de vomissements. Les crises, depuis cette époque, se montrèrent à diverses reprises apparaissant surtout quand la malade était constipée ou sans cause quelques jours avant les règles ; elles se manifestaient plus facilement quand la malade tournait la tête à gauche ; elles se caractérisaient toujours par des sifflements et des vertiges (tantôt les objets tournaient de gauche à droite, tantôt le plafond et le sol semblaient s'effondrer sous elle), puis la crise finissait par des nausées et des vomissements.

Au début, il n'y avait pas de perte de connaissance ; mais depuis plusieurs mois, à la suite des vertiges, se sont montrées de véritables crises d'hystérie caractérisées par des convulsions toniques et cloniques, de la perte de connaissance, des cris hydrencéphaliques, crises durant généralement une demi-heure.

A noter que la malade est mariée depuis deux ans ; elle a un enfant âgé d'un an ; pendant toute sa grossesse, elle n'aurait eu aucune crise vertigineuse ni hystérique.

L'état général n'est pas mauvais : l'appétit est bon, constipation fréquente (cause occasionnelle de crises, comme je l'ai déjà dit). Le sommeil est excellent ; les règles sont normales ; le cœur et les poumons n'offrent rien de particulier ; les urines sont normales.

La malade a été traitée à différentes reprises par divers médecins qui ont toujours conclu à de l'hystérie essentielle ; l'attention ne s'est jamais fixée sur les oreilles malgré les sifflements ; seul le Dr Coulloch, qui la soignait depuis peu de temps, a soupçonné un vertige de Ménière comme point de départ des crises hystériformes, et m'a adressé la malade en me demandant mon avis sur ce point.

Je commence d'abord par interroger soigneusement Mme X... sur les commémoratifs et j'apprends avec surprise qu'elle est atteinte d'écoulement de l'oreille gauche depuis l'âge d'un an (donc depuis vingt-cinq ans) : l'écoulement a des alternatives de sécheresse et d'humidité. Il y a quelques années, elle aurait subi divers traitements auriculaires en Angleterre (où elle habitait temporairement) ; on lui aurait enlevé quelque chose dans la gorge (peut-être des végétations adénoïdes) ; puis l'écoulement aurait beaucoup diminué, aurait même presque disparu, quand, il y a trois ans, il aurait recommencé sans cause appréciable.

Il y a deux ans et demi, elle a fait cette chute de bicyclette, débuts du syndrome de Ménière et bientôt des crises hystériformes.

L'examen de l'oreille gauche, pratiqué otologiquement, montre des signes importants :

Il n'y a pas de pus ou une quantité insignifiante de pus dans le fond du conduit ; le tympan semble avoir complètement disparu ; le promontoire est tapissé de lamelles épidermiques difficiles à détacher et de fongosités ; on ne sent point au stylet de point nécrosé ; la pression avec l'instrument dans la région de l'aditus au niveau du canal demi-circulaire externe ou horizontal produit des vertiges.

La malade a la mauvaise habitude de s'introduire dans l'oreille gauche une épingle à cheveux coudée et de se l'enfoncer le plus possible pour se nettoyer l'oreille.

L'ouïe a presque entièrement disparu du côté gauche : la grosse montre (à échappement) dont je me sers habituellement est à peine entendue

au contact ; la voie chuchotée n'est pas entendue (l'autre oreille bouchée) ; le Rinne est positif avec raccourcissement de la période d'entendement aérien; à l'épreuve de Weber, pas de latéralisation à gauche. Il n'y a pas de surdité plus grande pour les sons bas que pour les sons aigus ; pas de trous dans l'échelle musicale, pas de paracousie. En dehors des accès, peu de sifflements ; l'épreuve du nitrate d'amyle augmente les sifflements, produit des vertiges.

Vu l'absence du tympan à gauche, on n'a pas essayé les épreuves centripètes de Gellé.

Du côté de l'oreille droite, on constate un tympan scléreux : Rinne positif, grosse montre à échappement entendue à 4 centimètres; l'air circule bien ; la politzération produit du vertige ; le massage au Siegle dégage l'ouïe de ce côté ; la voix est assez bien entendue.

On essaie les épreuves de Lermoyez (1); la marche est assez assurée, le corps penche légèrement à gauche ; si la malade tourne la tête de droite à gauche, il y a du vertige; si elle tourne la tête de gauche à droite, pas de vertige ; si elle tourne sur elle-même de droite à gauche, il y a sensation de vertige ; si elle tourne de gauche à droite, il ne se produit rien.

Que le syndrome de Ménière soit sous l'influence de l'affection de l'oreille, pour moi, il n'y a aucun doute ; que les phénomènes hystériformes en dépendent, je ne saurais l'affirmer et je fais mes réserves. En tout cas, l'indication première est de traiter l'oreille.

Je propose à la malade un curetage de l'oreille malade ; il est refusé même avec l'anesthésie chloroformique. Je me contente de cautériser avec la solution de Bonain les fongosités que l'on aperçoit sur le promontoire, et je recommande d'instiller une à deux fois par jour quelques gouttes d'eau oxygénée tiède ; cette eau oxygénée ne provoque pas de vertige tandis que le moindre lavage d'oreille, même avec la canule d'Hartmann, en occasionne. On veille à la constipation (purgatifs répétés) ; enfin, on convient avec la malade de commencer les injections sous cutanées de pilocarpine, qui l'effraient moins qu'un curetage de l'oreille.

On pratiqua le *14*, le *17*, le *19*, le *20* et le *22 décembre* une injection de nitrate de pilocarpine (12 gouttes d'une solution 1/50, dont 12 milligrammes de sel) ; ces injections produisent des sueurs abondantes et de la salivation. Elles paraissent d'abord amener une sédation des symptômes ; mais la dernière provoque une attaque d'hystérie des plus caractérisées : cris aigus, toniques et cloniques, perte de connaissance ; terminaison au bout d'une demi-heure par attitude suppliante, nausées et vomissements.

Dans la nuit, les règles surviennent et forcent à suspendre la médication.

L'état général est un peu meilleur pendant cette époque : la malade a quelques étourdissements, quelques vertiges, quelques sifflements et bourdonnements, mais pas d'accès d'hystérie. Cependant elle a été prise une fois d'un étourdissement pendant lequel son enfant, qu'elle tenait sur les genoux, a roulé par terre et serait tombé dans le feu sans la présence du mari, elle n'a pas perdu connaissance et s'est rendue parfaitement compte de ce qui se passait.

Devant l'insuccès des injections sous-cutanées de pilocarpine, on décide d'y renoncer et la malade finit par consentir au curetage de l'oreille.

On examine le conduit, il y a un peu de suppuration sentant mauvais et le promontoire semble tapissé d'une production papillomateuse ; en haut et en arrière, au niveau de l'aditus, dans un point correspondant au canal demi-circulaire horizontal, les parois sont plus irritées et la pression avec le stylet augmente les bourdonnements et le vertige.

On pratique le curetage de l'oreille le *4 janvier*, en utilisant l'anesthésie à la cocaïne après badigeonnage à la solution d'adrénaline 1/1000 ; puis on badigeonne au chlorure de zinc 1/5. Comme pansement consécutif après enlèvement de la bande compressive, on emploie les instillations d'eau oxygénée.

6 janvier. — Depuis l'opération, il n'y a plus de vertiges ; les crises hystériformes ont complètement cessé : mais à la suite du curetage la malade a beaucoup souffert de l'oreille et une suppuration abondante tache le tampon du conduit et même l'oreiller pendant la nuit ; il n'y a pas de réaction périauriculaire, pas de parésie faciale ; quelques bourdonnements musicaux en timbre métallique (réaction du limaçon au niveau du promontoire). Le conduit auditif est libre ; au lavage, il sort du conduit du pus filant et quelques grumeaux.

On instille quelques gouttes de glycérine phéniquée 1/20 qui calme la douleur.

11 janvier. — Pas de vertiges depuis sept jours; la malade va et vient toute seule, va faire ses provisions au marché. La suppuration diminue, l'eschare du fond de l'oreille est presque entièrement détachée ; on aperçoit sur le promontoire une cicatrice lisse et blanche dont le contact au stylet provoque un léger vertige.

On continue les instillations de glycérine phéniquée.

17 janvier. — L'état général continue à être bon. Par suite d'une imprudence (que je pourrais qualifier d'auditive), la malade a eu le *13 janvier* quelques vertiges légers (les objets se déplaçaient dans le sens horizontal) ; elle était allée la veille au soir au théâtre, avait passé la soirée à entendre la *Juive*, était revenue très fatiguée ; une audition musicale à sons trop élevés et trop prolongée, avait produit une excitation trop grande sur l'organe de l'ouïe, tout comme une trop vive lumière agit sur l'organe de la vue quand il est lésé d'une façon quelconque. Les vertiges n'ont pas reparu depuis le *13*. L'oreille malade suppure encore un peu ; la malade, d'ailleurs, continue à être très négligente dans les soins à donner à son oreille.

3 avril. — Elle reste un mois et demi sans venir me voir. Elle n'a pas eu d'attaques d'hystérie depuis le *4 janvier*, jour de l'opération ; mais elle est restée sujette à des étourdissements durant quelques instants mais assez incommodes puisque l'un d'eux, survenant inopinément quand la malade était montée sur une échelle, a été suivi de chute et de contusion ; il est vrai que l'équilibre chez une prédisposée au vertige doit être plus difficile à garder, mais la malade, malgré l'état de son système nerveux, ne continue pas moins à commettre toutes espèces d'imprudences.

(1) *Presse médicale*, 1902 ; — *Annales de la Société d'otologie*, 1903, p. 566.

Depuis huit jours,les vertiges sont un peu plus forts, suivis de nausées et de vomissements (sans attaque convulsive) ; Mme X... ne peut plus pencher la tête à gauche ni se tourner de droite à gauche sans les ressentir. Comme depuis deux mois elle n'a pris aucun soin de son oreille, j'examine le conduit et je trouve un magma à moitié concret qu'un lavage à l'eau sulfatée fait disparaître; le fond de l'oreille est rouge, irrité ; on touche à la solution de Bonain. La malade fera tous les jours, si elle y consent, des instillations d'eau oxygénée et prendra tous les jours une pilule de deux centigrammes de sulfate de quinine.

La malade revient le *3 mai* ; elle a bien voulu prendre le sulfate de quinine tous les jours pendant trois semaines ; les vertiges n'ont plus reparu ; il n'est plus question de crises hystériformes. Le conduit auditif est sec ; la surface du promontoire est sèche et complètement sclérosée.

L'état général est assez bon.

On conseille à la malade de continuer la quinine pendant un mois et d'instiller dans l'oreille malade, une fois par semaine, quelques gouttes d'eau oxygénée.

Je n'ai plus revu la malade ; mais j'ai su que le mieux persistait.

Quelle conclusion tirer de cette curieuse observation ?

Chez une prédisposée à l'hystérie, il a fallu tout simplement un *locus minoris resistentiæ* pour éveiller la névrose latente ; dans notre cas particulier c'était l'oreille malade déjà depuis longtemps,mais à la lésion de laquelle l'organisme déjà habitué ne réagissait pas. Dans ces conditions, une lésion traumatique (suite de la chute à bicyclette), peut-être une fracture de la paroi osseuse du canal demi-circulaire externe ou horizontal, suivie d'un certain degré d'ostéite, a provoqué de la congestion de l'oreille interne et des crises de labyrinthisme, point de départ des attaques hystériformes. Pendant l'état gravidique, l'utérus a dérivé à son profit la tendance congestive, d'où le calme pendant cette période. Le traitement otologique de l'affection de l'oreille moyenne a apaisé les symptômes, mais il a suffi d'une altération quelconque de l'organe de l'ouïe (dans le canal actuel, bouchon de matières desséchées) pour déranger cet équilibre du système nerveux auquel on était arrivé si difficilement. Aussi je ne crois pas à la guérison complète de la malade ; pendant longtemps, l'oreille devra être surveillée, la moindre atteinte, la moindre imprudence de ce côté pouvant réveiller la névrose.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Toucher, c'est servir

Nous soumettons à la méditation des médecins de Cies et de chefs d'industries le passage suivant de l'interview d'un évêque qu'ils voudront bien, nous l'espérons,ne pas traiter d'anarchiste; avec quelques transpositions de mots,ce qu'il dit et ce qu'il pense des prêtres payés par l'Etat peut s'appliquer aux médecins payés par les Cies et les chefs d'entreprises.

Autour de la séparation.

Paroles d'évêque.

Dans les pays où l'Eglise reste l'associée de l'Etat, ce n'est plus à titre de maîtresse ou d'égale, mais de parente pauvre, préposée aux basses besognes de la police intellectuelle ou dynastique. C'est ce que comprennent, en Angleterre et en Allemagne les membres les plus éminents des cultes réformés, et, à Genève, les députés catholiques, qui prennent eux-mêmes l'initiative de la séparation. Quant aux Eglises déjà libres, rien ne saurait les contraindre au recul, et, pas plus en Suisse qu'en Irlande et qu'aux Etats-Unis, elles ne se résoudraient à la réception d'un salaire officiel, car, *quels que soient le prétexte ou la raison dont on enveloppe le subside, il reste éternellement vrai que : toucher, c'est servir !*

(*Le Matin*, 23 janvier 1906.)

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Les délibérations de nos groupes sur le tarif-accidents.

La Commission ministérielle du tarif des accidents du travail recevra, en vue de la revision de 1907, les délibérations générales prises à ce sujet par les Sociétés locales et les Syndicats médicaux.

Toujours dans le but de faciliter la tâche à ceux de nos confrères qui prendront la plume au nom de ces groupements, nous croyons bien faire de leur proposer comme modèle ou comme guide celle qui nous a paru la mieux comprise et la mieux rédigée.

Sur de pareils documents, la discussion est autrement aisée que devant des assertions, même très énergiques,alignées sans méthode suffisante.

Lettre adressée à M. le Ministre du Commerce par la réunion des médecins de Villefranche.

A Monsieur le Ministre du Commerce.

Monsieur le Ministre,

Les médecins de l'arrondissement de Villefranche-sur Saône, au nombre de soixante-deux, réunis en assemblée générale au chef-lieu, le 29 octobre dernier, ont examiné, en détail, les conséquences de la promulgation du tarif spécial prévu par l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 sur les accidents du travail, et nous ont chargés de vous faire parvenir l'écho de leurs doléances.

Depuis leur assemblée du 19 août 1899, les médecins de l'arrondissement de Villefranche-sur-Saône appliquent aux blessés du travail le tarif ouvrier dit du *Concours médical*. Le tarif spécial, élaboré par la commission désignée par vos soins, s'il était substitué à nos usages locaux, porterait un préju-

dice considérable à nos intérêts professionnels, en réduisant nos honoraires dans la proportion de 50 %/₀ en moyenne.

Trois points principaux nous sont particulièrement préjudiciables : le prix de la visite est fixé à 1 fr. 50 dans les localités de population inférieure à 5.000 âmes ; le tarif kilométrique ; l'indemnité allouée pour la rédaction des certificats.

Notre arrondissement comprend cent trente-quatre communes, réparties en dix cantons. Sur ce nombre, trois chefs-lieux de canton et une commune, soit au total quatre communes, ont seules une population dépassant 5.000 habitants. Leur population totale est de 35.000 âmes, contre 130,000 pour les cent trente autres communes. Sur soixante-deux médecins exerçant dans l'arrondissement, vingt-trois résident dans les quatre communes privilégiées : mais comme, pour la plupart, ils ont leur clientèle répartie dans un rayon de huit, douze et même quinze kilomètres autour de leur résidence, par conséquent dans des communes à population inférieure à 5,000 âmes, on peut dire que, sur les soixante-deux médecins de l'arrondissement, vingt-trois sont sérieusement lésés et trente-neuf sont complètement atteints par la réduction à 1 fr. 50 du prix de visite stipulé au troisième paragraphe de l'article premier de votre arrêté-tarif. En effet, les nombreux documents que nous adressons à la commission spéciale prouvent que partout, dans l'arrondissement de Villefranche, et bien antérieurement à 1901, le prix courant de la visite pour l'ouvrier est au moins de 2 francs et s'élève à 3 francs dans un très grand nombre de localités.

L'indemnité kilométrique en usage dans notre arrondissement, depuis plus de vingt ans, est égale, en plaine, à 0 fr. 50, en montagne, à 0 fr. 75 et même 1 franc, par kilomètres comptés à l'aller et au retour et du domicile du médecin au domicile du malade ; elle est la même pour l'ouvrier ou pour le propriétaire ou pour le bourgeois, nos frais de transport ne variant pas.

L'arrondissement de Villefranche est une région essentiellement montagneuse et particulièrement accidentée ; seuls les médecins résidant à Belleville et Saint-Georges de Reneins, au nombre de cinq sur soixante-deux, exercent en pays presque plat, dans une région formée par la vallée de la Saône élargie. — En fixant donc à 0 fr. 40 et uniformément l'indemnité kilométrique, l'arrêté-tarif du 8 octobre lèse considérablement nos intérêts ; mais où le préjudice devient encore bien plus grand, fantastique même, c'est quand on tient compte du mode d'évaluation du parcours donnant droit à indemnité. Payer seulement les kilomètres parcourus de la limite de résidence du médecin à la mairie de la commune du blessé, est un mode inouï qu'il nous semble impossible de justifier par n'importe quel argument. Cette prétention, que messieurs les assureurs ont réussi à faire prévaloir, si nous nous la laissions imposer, réduirait notre indemnité kilométrique actuelle de plus de 50 %/₀. Nous en produirons de très nombreuses preuves.

Il importe de noter que les usines, scieries et entreprises industrielles diverses qui utilisent la force naturelle des cours et des chutes d'eau, sont nombreuses dans notre région, et en général situées loin des agglomérations où résident les médecins. Il en est de même des mines, des carrières, des chantiers pour le travail du bois, dont l'exploitation entraîne si facilement des blessures acccidentelles.

Nous avons toujours reçu, pour l'établissement des certificats de constatation de blessures en double et pour la délivrance du certificat de guérison, dont l'importance vient d'être accrue par les modifications apportées à l'article 3 de la loi accidents, une rémunération de 10 francs, soit 5 francs pour chaque certificat. L'arrêté-tarif réduirait nos honoraires de ce chef à 2 francs dans un très grand nombre de cas. Nous ne pouvons admettre qu'on nous impose de délivrer gratuitement les certificats de guérison l'examen que nous devons nécessairement faire subir à ce moment, légitime à lui seul le prix d'une consultation ; si nous attestons la guérison par écrit, cette attestation, qui engage notre responsabilité, doit nous valoir un honoraire. Quant au certificat initial, il peut toujours entraîner une action judiciaire et il devrait donc, dans tous les cas, être tarifé à 5 francs, prix minimum de tout certificat médico-légal.

De nombreux points de votre tarif mériteraient encore d'être discutés.

La variation du prix de la visite, de la consultation et de l'opération, suivant l'importance de la localité, ne nous paraît pas justifiée quand il s'agit de clientèle ouvrière. En effet, la situation sociale de l'ouvrier industriel, le plus spécialement et le plus habituellement visé par la loi, est meilleure à la campagne que dans les villes où n'existe pas le travailleur des champs dont la situation est autrement précaire. D'autre part, il importe de protester contre cette fausse affirmation que l'exercice de la médecine comporte plus de charges à la ville qu'à la campagne. Si la moindre importance du loyer fait que la patente est moins élevée dans les petites villes et les bourgades, il n'est point démontré que toujours la vie y soit beaucoup meilleur marché ; et, en tous cas, l'énormité de la dépense engagée par le praticien rural pour s'assurer des moyens de locomotion indispensables, le moins grand nombre de clients fortunés, la charge plus également répartie des clients pauvres ou assistés à des tarifs onéreux pour nous font que la situation des médecins exerçant dans les localités de moins de 5,000 habitants est plus pénible que celle des praticiens des villes,

On ne s'explique pas davantage pourquoi notre honoraire variera pour une même intervention suivant qu'elle aura été pratiquée chez le blessé, ou à notre domicile au cours d'une consultation.

La fixation à 9 heures du soir et à 7 heures du matin des limites de la visite de nuit pourrait justifier de multiples critiques.

Nous avons étudié votre arrêté-tarif en nous plaçant à un point de vue particulier, en le considérant comme le tarif devant être appliqué à tous les accidentés du travail. Nous n'ignorons pas qu'en droit il ne nous est pas imposable ; que sa portée est spéciale ; qu'aux termes de la loi, il est destiné uniquement, en cas de contestations entre le patron et l'ouvrier, et quand ce dernier aura fait choix lui-même de son médecin, à fournir au juge de paix une base fixe pour établir une limite aux charges du patron et lui éviter tous frais somptuaires. Mais il nous paraît impossible que ce tarif ne devienne pas, en fait, par la force des circonstances, un tarif usuel.

Invoquant le texte formel de l'article 4, l'ouvrier, d'une part, voudra de plus en plus user du droit si naturel de confier son existence, sa santé, son avenir, et partant celui de sa famille, au médecin de son choix. Le patron, d'autre part, conseillé par son assureur, ne voudra prendre à son compte, dans les honoraires demandés par le médecin, conformément aux usages locaux, que la seule part constituant le maximum légal mis à sa charge, conformément aux évaluations de votre arrêté-tarif. La différence, et dans notre région elle atteindra souvent 50 % (fait certainement commun à toutes les situations médicales rurales), pourrons-nous la réclamer à l'ouvrier ? Théoriquement, la réponse n'est pas douteuse, l'ouvrier nous sera redevable ; mais pratiquement nous n'aurons pas le moyen de récupérer ces honoraires. Nous nous trouverons en face de l'ouvrier privé, par la maladie ou l'infirmité, de la moitié au moins de ses moyens d'existence et le plus souvent insolvable !

Vous aurez ainsi réussi à supprimer les contestations entre les patrons et leurs ouvriers, mais ce sera pour les faire naître entre ces derniers et leurs médecins.

Vous aurez garanti efficacement les chefs d'entreprise contre les frais somptuaires, mais en privant les médecins d'une partie de leurs honoraires

habituels ; vous leur imposez, aux lieu et place du patron proclamé responsable des frais médicaux, la charge gratuite de contribuer lourdement aux réparations assurées par la loi aux victimes du travail.)

Telles n'étaient pas, bien certainement, les intentions des législateurs. Le vote par le Sénat de l'amendement de MM. Piettre et Pédebidou donnait à l'article additionnel de M. le sénateur Gourju une signification très précise, qui se dégage nettement de la lecture du compte rendu des débats de la Haute Assemblée. La tarification de nos soins par arrêté ministériel signifiait non qu'on devait rétablir un tarif réduit comparable à celui de l'assistance qui venait d'être repoussé, mais bien codifier les usages locaux relatifs au tarif ouvrier.

La commission spéciale, dont vous avez ratifié les décisions, n'a pas voulu reconnaître la valeur des documents et le bien fondé des réclamations présentées par nos délégués ; mais son œuvre est modifiable.

En vous faisant connaître, Monsieur le Ministre, l'importance des sacrifices qu'exigerait des médecins de l'arrondissement de Villefranche-sur-Saône l'application de votre arrêté-tarif, nous avons pour but, faisant appel à votre équité, à votre esprit de justice, d'obtenir, pour le moment, que vous accueilliez avec bienveillance et fassiez appuyer par vos représentants dans la commission spéciale les recours à l'exception du deuxième paragraphe de l'article premier relatif au prix de visite, que nous exerçons pour la plupart des communes de notre arrondissement ; et pour plus tard, lors de la revision de 1907, de vous faire accepter :

La suppression pure et simple du troisième paragraphe du même article premier ;

Le remaniement complet et le relèvement du tarif kilométrique ;

L'établissement, pour la rédaction des certificats, d'une indemnité normale ;

L'assignation de limites plus étendues au temps fixé pour les visites et déplacements de nuit ;

L'unification des allocations attribuées pour les interventions de petite et grande chirurgie.

Ces modifications ne rendraient point encore le tarif spécial égal à notre tarif ouvrier actuel, mais, le sacrifice qu'il nous demanderait devenant acceptable, nous pourrions spontanément l'appliquer à tous les blessés du travail, et cette solution, dont l'avenir montrera la nécessité, assurerait aux prescriptions des lois sur les accidents du travail une facile et plus efficace application.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de notre profond respect. Pour l'assemblée des médecins de l'arrondissement de Villefranche-sur-Saône :

Le Président :	*Le Secrétaire :*
Dr J. Lépine,	Dr Victor Hau,
à Belleville-sur-Saône.	à Villefranche-sur-Saône.

Belleville, le 30 novembre 1905.

CHRONIQUE DU « SOU MÉDICAL »

Un chef d'industrie condamné pour infraction à l'article 30 de la loi sur les accidents du travail et pour détournement de clientèle. — Dommages-intérêts alloués au Syndicat médical et au médecin habituel du blessé.

Le 12 juin, deux ouvriers étaient blessés chez MM. Dervaux : c'étaient les nommés Emile Plouy et Adolphe Philippe. Les patrons conseillèrent le docteur Senamet, les ouvriers préférèrent le docteur Favier, qui était le médecin de leur famille. Il paraît que lorsque les parents se présentèrent à la fabrique pour demander le billet de déclaration d'accident, MM. Dervaux s'emportèrent, injurièrent le docteur Favier, déclarant qu'il nuisait à l'industrie de Quesnoy ; enfin, ils se seraient écriés : « Nous voulons que ce soit M. Sename ; vous irez le trouver ou nous mettrons vos parents à la porte. » Ils n'allèrent pas le trouver et les ouvriers ne furent pas renvoyés.

Mais le Syndicat médical de Lille ayant déposé une plainte au parquet, le Tribunal a rendu le jugement suivant :

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LILLE

AUDIENCE DU 15 DÉCEMBRE 1905 — PRÉSIDENCE DE M. SÉE.

Syndicats médicaux — Action en justice.

L'action des Syndicats médicaux existe concurremment avec celle de la partie qui aurait été lésée par un délit, lorsque ce délit a apporté un trouble matériel ou seulement moral à l'exercice de la profession.

Dr Favier et Syndicat médical de Lille et de la région contre Maurice et Victor Dervaux.

Attendu que Dervaux, Victor et Maurice, sont poursuivis à la requête du ministère public devant le tribunal de police correctionnelle pour avoir, en juin 1905, à Quesnoy-sur-Deule, soit par menaces de renvoi, soit par refus ou menace de refus des indemnités dues par la loi sur les accidents du travail, porté atteinte aux droits des sieurs Plouy, Emile et Adolphe Philippe, blessés dans leurs établissements, de choisir leur médecin ; qu'en outre, le sieur Favier, docteur en médecine à Quesnoy-sur-Deule et le Syndicat médical de Lille et de la région se sont respectivement portés parties civiles à fin de dommages et intérêts ;

Sur les réquisitions du ministère public :

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que, le 12 juin 1905, les ouvriers Philippe et Plouy ayant été victimes d'un accident au cours de leur travail dans l'établissement industriel des frères Dervaux, ces derniers les ont, par menaces de renvoi et de non-paiement de leur indemnité d'assurance, au cas où ils ne se feraient pas soigner par le Dr Sename, amenés à renoncer aux soins du Dr Favier, leur médecin habituel ; au surplus, les dispositions précises et concordantes à cet égard des cinq témoins entendus à la requête du ministère public ne pouvant être infirmées par les dénégations des prévenus appuyés partiellement des témoignages de deux de leurs ouvriers ;

Attendu que les prévenus ont ainsi commis le délit relevé à leur charge ;

Sur les conclusions des parties civiles :

Attendu, quant à la demande du Dr Favier, que les agissements des prévenus à fins de détournement de clientèle ont causé à celui-ci un préjudice dont la réparation est due ; que toutefois, eu égard aux éléments de la cause, l'allocation d'une somme de 25 francs paraît suffisante pour l'indemniser ;

Attendu, quant à la demande du Syndicat médical, qu'il apparaît que les mêmes agissements des prévenus, en créant malicieusement, à Quesnoy-sur-Deule, entre médecins, des concurrences et des divisions, ont porté atteinte dans une certaine mesure au bon renom et au bon fonctionnement du corps médical de la région et, dès lors, la demande étant justifiée en principe au point de vue du préjudice moral, il convient d'allouer la somme d'un franc réclamée de ce chef ;

Par ces motifs, le Tribunal condamne les prévenus en 25 francs d'amende avec sursis.

M. Desticker, substitut ; Mᵉ Carpentier, avocat des parties civiles.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène des poumons, par le professeur L. DE SCHROTTER, Introduction du Dʳ HUCHARD, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de 158 pages, avec figures : 2 fr. (Librairie J.-B Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Après un exposé de la structure et des fonctions du poumon, M. DE SCHROTTER indique les soins à donner au poumon sain. Quelles sont les qualités physiques de l'air que nous devons rechercher ? Comment notre maison doit-elle être installée pour répondre aux exigences de l'hygiène du poumon ? Faut-il dormir la fenêtre ouverte ? Tels sont les questions qu'examine M. DE SCHROTTER. Puis il traite de l'hygiène du vêtement, des exercices physiques des jeux et sports.

Vient ensuite l'étude de l'air vicié et de ses inconvénients. Suit un rapide exposé des maladies des poumons.

Enfin le volume se termine par une étude de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose. Comment le bacille de la tuberculose pénètre-t-il dans notre corps ? Comment pouvons-nous intervenir et par quels moyens pouvons-nous aider la guérison ?

Tous les médecins, dit M. HUCHARD, voudront lire ces pages écrites en un style sobre et scientifique, avec le but hautement humanitaire que poursuit sans relâche le professeur viennois ; tous s'imprégneront de ces idées si sages, et le public extra-médical qui mettra en pratique cette hygiène lui devra une reconnaissance sans bornes.

LA BIBLIOTHÈQUE DU PRATICIEN

Electrothérapie clinique, par les Dʳˢ LAQUERRIÈRE et DELHERM. Un volume de 280 pages, in-8ᵒ, avec 65 figures dans le texte et 6 planches hors texte. Prix : 4 francs. — Paris (Maloine, rue de l'Ecole-de-médecine).

Ce nouveau traité, ou ce petit livre, comme l'appellent modestement les auteurs, vient à son heure. Ce n'est pas que les ouvrages d'électrothérapie manquent actuellement, mais la forme dans laquelle celui-ci a été conçu est nouvelle et en fait un livre pratique et complet.

Le premier chapitre, qui a trait à l'électrophysique, a été traité de façon absolument originale. Les praticiens qui depuis longtemps ont abandonné l'étude de la physique savent combien souvent il est pénible de s'y remettre ; les auteurs ont su rendre attrayante et claire cette étude. Leur comparaison entre l'électricité et l'hydraulique n'est pas nouvelle, mais la façon de la présenter est fort ingénieuse ; et, comprendre l'électrophysique est un jeu d'enfant quand on a lu ce chapitre. Les schémas et les tableaux employés frappent immédiatement l'esprit du lecteur, par leur simplicité et leur clarté. Pas de formules, pas d'équations, mais des explications et des comparaisons nettes et limpides. Les chapitres II, III et IV sont consacrés aux différentes variétés de courants et au matériel nécessaire au praticien.

Avec le chapitre V nous avons quelque chose d'absolument neuf. Il est intitulé : *Quelques détails de pratique indispensables à connaître.* Les auteurs ont pensé, à juste titre, que les traités ne sont pas uniquement faits pour ceux qui savent tout, et qu'il est utile surtout d'enseigner les ignorants. Aussi, dans une série de petits paragraphes, ont-ils traité, avec cette allure bon enfant qui en rend la lecture si attrayante, des faits élémentaires. Ils n'ont pas cru déroger en expliquant ce que sont : des applications interrompues, le renversement du courant, l'ouverture et la fermeture du circuit, les applications stabiles ou labiles. Ils expliquent pourquoi dans certains cas on doit se servir de piles a grandes surfaces, alors que dans d'autres des petits éléments suffisent ; ils attirent l'attention sur l'importance du voltage ; enfin, ils initient le débutant aux petites misères inhérentes à notre profession, et le mettent en garde contre une impatience injustifiée, lui enseignant à rechercher méthodiquement la cause du mauvais fonctionnement de leurs instruments.

Le chapitre VI (électrodiagnostic) est abondamment illustré de planches, assez grandes pour être claires, et donnant l'indication exacte de tous les points moteurs.

Nous abordons, avec le chapitre VII, la partie clinique de l'ouvrage en commençant par le système nerveux qui est étudié dans toutes ses affections (système nerveux central, nerfs périphériques, névroses, etc., etc.)

Puis vient le tube digestif. C'est un résumé des nombreux et brillants travaux que MM. Laquerrière et Delherm nous ont donnés depuis quelques années sur cette question. La brièveté de ce chapitre ne l'empêche pas d'être complet L'œsophage, l'estomac, l'intestin sont étudiés tour à tour. La lecture en sera particulièrement utile. Profitant des nombreuses recherches physiologiques et cliniques des auteurs, les praticiens pourront faire bénéficier leurs malades de l'expérience de cinq années. Ils connaîtront dans tous ses détails la manière de guérir les entéro-colites, les constipations, des plus bénignes aux plus graves.

Les affections chirurgicales, entorses, fractures, arthrites, hydarthroses, névrite traumatique, font l'objet du chapitre IX. Les autres insistent particulièrement sur le rhumatisme blennorragique qui, traité dès le début par la méthode de Delherm, devient une affection bénigne. Ils préconisent, aussi, avec raison, l'emploi de l'électricité pour les accidents du travail, regrettant que, dans la plupart des cas, les blessés se soient adressés trop tard à l'électrothérapie. Cette thérapeutique, excellente même dans ces conditions, serait encore meilleure si on pouvait traiter les blessés dès les premiers jours de l'accident.

Enfin, après l'étude du rôle de l'électricité dans les maladies de la nutrition, de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, de la peau, des organes des sens, l'ouvrage se termine par la thérapeutique électrique des organes génito-urinaires et des affections gynécologiques. Il y a, dans le premier de ces chapitres en particulier, la mise au point du traitement des rétrécissements de l'urèthre. La méthode circulaire, la méthode linéaire, sont minutieusement décrites, ainsi que le procédé de la dilatation électrique. Les praticiens, après avoir lu ces quelques pages, pourront, en connaissance de cause, employer l'un ou l'autre mode de traitement.

Je n'insisterai pas sur ce qui concerne l'électrothérapie gynécologique La compétence toute

particulière de ces anciens élèves d'Apostoli a trouvé là, une fois de plus, l'occasion de se montrer. Disons seulement que la technique opératoire des applications faciles et les indications sont si minutieusement décrites qu'un débutant est parfaitement à même d'utiliser cette thérapeutique.

Pour me résumer, je dirai que le nouvel ouvrage que viennent de publier MM. Laquerrière et Delherm est une œuvre de praticiens, écrite pour des praticiens. Point de vain étalage scientifique, mais des faits, des choses pratiques. A lire ce travail, on sent que les auteurs connaissent à fond tout ce dont ils parlent. Ce n'est pas de la compilation comme on nous en sert parfois. C'est une œuvre absolument personnelle.

Ce livre ne doit pas se trouver dans toutes les bibliothèques, mais il doit être sur toutes les tables de travail, à portée de la main. C'est un guide et un conseiller que l'on consultera toujours avec fruit et intérêt.

Dr Gaston BLOCH.

REPORTAGE MÉDICAL

XVe **Congrès international de Médecine** (Lisbonne, 19-26 avril 1906). — A l'occasion du Congrès international de médecine, qui se tiendra à Lisbonne du 19 au 26 avril 1906, la Compagnie *Orient-Pacific Line* organise une croisière sur le bateau « *Ophir* », à laquelle pourront participer les médecins français, qui se rendront à Lisbonne.

Le bateau quittera Londres le 12 avril et s'arrêtera le vendredi 13 avril à 7 heures du matin à Cherbourg, où pourront s'embarquer les médecins français, qui prendront part à la croisière. De Cherbourg, *l'Ophir* fera escale à Vigo, Tanger, Gibraltar et arrivera à Lisbonne, le mercredi 18. Pendant la durée du Congrès, le bateau stationnera à quai Lisbonne et les passagers continueront à y loger et à y prendre leurs repas.

Le Congrès fini, l'*Ophir* quittera Lisbonne le 24 avril au soir, et après un arrêt à Oporto, débarquera les médecins français à Cherbourg le samedi 28 à midi.

Le prix de la croisière, comprenant la nourriture à bord pendant le voyage et pendant les escales et le séjour à Lisbonne est de 370 à 900 francs, suivant la position de la cabine occupée.

On peut retenir des cabines : à l'Agence Cook (1, Place de l'Opéra, à Paris) ; à Marseille, chez MM. Worms, 16, place Beauvais ; à Bordeaux, chez M. Henry Danis, 6, quai Louis XVIII.

Une autre Compagnie anglaise « *Travel-Bureau* », organise une autre croisière, avec départ de Liverpool et arrêt au Havre, pour embarquer les Congressistes français. Prix du billet Liverpool-Lisbonne et retour : 290 frs.

Pour retenir les cabines, s'adresser à *The Travel-Bureau*, 9, B. Banks, Cookspen Street, 26, Londres.

Agence Centrale de la presse scientifique internationale 93, **Boulevard Saint-Germain, VIe Paris.** *Avis à nos lecteurs.* — Nous nous faisons un plaisir d'aviser nos nombreux lecteurs qu'ils pourront compléter leur bibliothèque à bon compte.

Une très importante bibliothèque est actuellement à vendre.

On nous annonce, en effet, que l'INSTITUT DE BIBLIOGRAPHIE, 93, *Boulevard Saint-Germain à Paris*, qui fut fondé il y a près de quinze ans par le Dr M. BAUDOIN met en vente ses nombreuses collections d'ouvrages médicaux et scientifiques.

La bibliothèque de l'Institut de Bibliographie contient près de 30,000 volumes, environ 8,000 thèses de Paris, la Province et l'Etranger, et plus de 1.200 revues ou périodiques français ou étrangers.

Tous les principaux auteurs français, allemands, anglais, italiens, espagnols, etc., etc., y sont représentés ; toutes les principales revues et le plus grand nombre des périodiques médicaux français et étrangers y sont catalogués. On y trouve même quantité d'ouvrages et travaux épuisés en librairie et qu'il est très difficile de trouver ailleurs.

Avant d'acheter un livre, une brochure, une thèse ou de compléter leurs collections, nous engageons tous nos confrères et amis lecteurs à s'adresser *au Liquidateur de l'Institut de Bibliographie*, 93, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Félicitations. — Elles s'adressent à MM. Bard (de Genève) et Gilis (de Montpellier) qui, dans la même séance, viennent d'être élus correspondants nationaux de l'Académie de médecine.

Le *Concours Médical* rappelle à cette occasion que M. Bard fut à Lyon le propagateur ardent de l'« Amicale » et gagna le titre de vice-président de cette Société alors naissante.

Il se souvient de même des efforts faits par M. Gilis pour développer l'idée syndicale dans l'Hérault et de sa collaboration zélée avec le « Sou Médical » dans un grave litige survenu en cette région.

Faculté et Hôpitaux

M. Fernand Bezançon et M. Griffon, préparateur, commenceront une série d'exercices pratiques de bactériologie le mardi 6 février 1906.

Les conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu à 2 h. 1/2 les mardis, jeudis et samedis.

Le droit à verser pour cette série d'exercices est de 60 francs.

— M. Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera son cours pratique d'oto-rhino-laryngologie, le mardi 6 février, à 3 h. 1/2 et le continuera les mardis, jeudis, et samedis à la même heure. Le cours sera essentiellement pratique et comprendra 12 leçons, l'examen des malades, maniement des instruments spéciaux, petites opérations.

— M. A Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera un cours de clinique annexe de la Faculté à l'hôtel-Dieu (amphithéâtre Desault) le jeudi 25 janvier et le continuera les jeudis suivants à la même heure. Première leçon sur « les devoirs des élèves dans les hôpitaux ».

— M. J. Darier, commencera le samedi 3 février, à 10 heures 1/2, une série de conférences sur les maladies de la peau (avec présentation de malades et projections microscopiques) et continuera les samedis suivants à la même haure.

— MM. Tridon et Auffret, chefs de clinique, commenceront le lundi 5 février 1906, à 2 heures, un cours de clinique annexe sur la chirurgie infantile et orthopédique.

Le cours aura lieu tous les jours à la même heure (salle de gymnastique orthopédique) et comprendra 30 leçons.

Le droit à verser est fixé à 50 francs.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur DUCROT, de l'Isle-sur-Serein (Yonne), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON, 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année — N° 5 — 4 FÉVRIER 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le collège maritime des Corbières

Lorsque le « Patronage médical » créa l'établissement des « Corbières maritimes » à Saint-Servan, les organisateurs s'imaginaient que chaque médecin est toujours aux aguets pour saisir, dans notre journal, les indications de thérapeutique qui ont fait leurs preuves ; qu'il se hâte de les utiliser dès que nous nous portons garants de leur valeur démontrée par l'expérience ; qu'il est heureux et empressé d'en faire profiter les malades et les familles confiées à ses soins et à sa vigilance.

C'est bien ce qui se passe, en effet, pour les médications qui se tirent de la pharmacie : la correspondance en fournit une preuve indiscutable.

Mais il n'en fut vraiment pas de même le jour où nous avons mis à la disposition des hygiénistes et médecins, nos confrères, qui disaient en avoir grande envie, le moyen de faire instruire et relever, au milieu des bénéfices de la cure maritime, les enfants débiles, inquiétants, suspects, pour lesquels ils redoutent la vie du collège banal.

Sans doute, ceux qui envoyèrent leurs familles aux Corbières pendant la saison des vacances et de la villégiature se rendirent bien compte des agréments et avantages de ce séjour : on n'en peut pas revenir hésitant et sceptique ; on est toujours et fatalement convaincu ; la foi s'impose. Mais pourquoi leur enthousiasme ne nous suit-il plus autant, quand, par le séjour permanent à l'externat maritime, nous offrons le moyen de transformer définitivement ces organismes débiles qui ne demandaient que la continuation du séjour si bien employé déjà ?

Oui, Pourquoi ?

C'est un mystère : nous avouons n'y rien comprendre. Les maîtres et spécialistes de l'hygiène scolaire ne cessaient de réclamer la création de *collèges climatiques maritimes* : dans les journaux, les congrès, les sociétés savantes, on en parlait sans cesse, on en traçait le plan idéal, on en présentait même des projets qui paraissaient de réalisation sinon prochaine du moins bien résolue. Ah ! leur clientèle serait vite faite à ces établissements : le Tout-Paris de la Faculté et des classes riches aurait même beaucoup de peine à attendre jusque-là, et, surtout après le Congrès international de la tuberculose, on en verrait sortir de terre sur toutes nos côtes, dont les grands noms de la Ligue voudraient être les patrons et parrains.

Grands dieux ! qu'il faut en rabattre le jour où l'on met les beaux parleurs au pied du mur !

Savez-vous, chers confrères, d'où paraît devoir venir la clientèle de notre collège maritime ? D'Angleterre surtout. Médecins et hygiénistes français, au contraire, semblent bien peu renseignés dans l'ensemble sur les miracles qu'opère la cure maritime.

Michelet est mort depuis longtemps, et ce profane, que tout le monde a lu, avait dit, à ce sujet, dans son beau livre, *La Mer*, tout ce que

l'on redécouvre aujourd'hui. Il disait plasma, lymphe vitale, etc... là où nous disons sérum marin, mais il vulgarisait déjà toutes les constatations merveilleuses que l'on commence à faire sur l'emploi thérapeutique de l'eau de mer.

En savait-il donc plus que les médecins ?

Maintenant que celle-ci a reçu la consécration du laboratoire, de la sérothérapie et de la mode, peut-être se décidera-t-on, au nom du bon sens, à en user avec elle comme avec les eaux minérales. On conclurait alors assez naturellement et sans être dans l'erreur que si l'eau de mer, mise en ampoules, seringues ou bouteilles, et transportée, rend de très appréciables services, la cure sur place est bien autrement active et donne des résultats autrement durables quand on la prolonge pendant une ou plusieurs années scolaires.

Ainsi raisonnèrent l'Université et son chef actuel, M. Bienvenu-Martin, quand ils applaudirent à notre initiative et nous accordèrent, eux profanes, sans une minute d'hésitation, l'approbation élogieuse que nous avons publiée. Ainsi raisonnent également les familles d'Outre-Manche.

Mais en France, les médecins, même quand ils sont membres du Concours et du Patronage, considèrent, sans doute, comme les ligueurs et les congressistes, que si on usait de notre *Collège climatique des Corbières*, on ne pourrait plus dire, dans les futures parlottes, qu'il n'en existe pas et qu'il faut en créer. Et dans ces conditions il est beaucoup mieux d'ignorer ou d'avoir oublié.

Doux pays et douce profession médicale ! Comme on s'y remue, et quel accueil chaleureux y est fait aux initiatives des gens d'action et de progrès.

Voyons, peut-on espérer qu'à la rentrée de Pâques, aux beaux jours où les plus fragiles affrontent le séjour marin sans apprentissage, les médecins vont enfin mettre en pratique leurs ronflantes théories et garnir les cinquante places qui restent à prendre aux Corbières ?

Si oui, ils n'auront fait que leur devoir ; sinon, que répondre à l'Université, si elle nous traite de doux farceurs dans les Congrès d'hygiène scolaire où nous coudoyons ses plus distingués représentants ? H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Mortalité infantile dans le département du Nord.

M. le Dr Ausset, de Lille, a publié, dans la *Revue d'Hygiène et de médecine infantiles*, un très important travail sur la mortalité infantile dans le département du Nord. Voici ses conclusions :

« Les causes les plus importantes des décès des petits enfants sont, à côté de la misère, l'ignorance des mères et les préjugés populaires funestes.

« S'il n'est pas actuellement en notre pouvoir de fournir aux pauvres mères les ressources matérielles qui, les mettant à l'abri du besoin, leur permettraient de se consacrer entièrement à leurs enfants, du moins il nous est possible de leur apprendre ce qu'elles ont à faire et *surtout* ce qu'elles ne doivent pas faire. Il faut faire l'éducation de ces femmes ; il faut que, dès l'école, on enseigne aux enfants les notions élémentaires d'hygiène infantile ; il faut qu'on leur inculque les notions des devoirs qu'elles auront à remplir ultérieurement.

« D'autre part, partout où la mortalité infantile est élevée, les municipalités ont le devoir d'installer des consultations de nourrissons, des gouttes de lait qui, cela est hors de conteste, constituent actuellement notre meilleure arme pour lutter contre le fléau. »

L'Avenir des enfants nés par l'accouchement prématuré provoqué.

Dans les cas de rétrécissement du bassin, on fait souvent un accouchement prématuré provoqué, plutôt que d'attendre le terme de la grossesse et de faire une césarienne ou une symphyséotomie. Il reste à savoir si l'enfant venu au monde dans ces conditions peut faire un sujet solide dans l'avenir. M. le Dr Gallimard vient de faire des recherches dans ce sens et les a exposées dans sa thèse. Or, de ce travail, on peut conclure que l'accouchement prématuré artificiel est une opération légitime et qui donne les résulats les meilleurs. Grâce aux progrès qui ont été réalisés, la mortalité fœtale par cette méthode est tombée de 33 p. 100, chiffre donné en 1891 par la statistique de M. Pinard, à 15,6 p. 100. Cette mortalité est sensiblement la même que celle qui est donnée par la symphyséotomie. Mais, à l'encontre de cette dernière, si grave pour les mères, qui meurent dans la proportion de 12 p. 100, la mortalité maternelle dans l'accouchement provoqué est nulle.

Les différents reproches que l'on a adressés à l'accouchement prématuré artificiel sont loin d'être fondés, et M. Gallimard pense avoir montré avec évidence que non seulement cette opération donne une faible proportion de débiles, 11 p. 100, mais le plus grand nombre de ces enfants s'élèvent admirablement.

Grâce à la céphalométrie externe, on peut reculer autant que possible l'interruption de la grossesse et, de ce fait, un grand nombre d'enfants naissent pesant de 2,500 à 3,000 grammes. Près d'un tiers même pèsent plus de 3.000 grammes à la naissance.

Dans près de la moitié des cas, l'accouchement s'est terminé spontanément.

Quant à la prétendue influence de l'accouchement provoqué sur le développement des troubles cérébraux de l'enfant, elle n'existe pas — au moins quand les générateurs sont sains. Les auteurs qui ont cru voir cette influence ont, vraisemblablement, mal interprété les faits qu'ils ont rapportés. Dans presque toutes leurs observations, en effet, on constate une tare héréditaire (alcoolisme, syphilis, etc.) suffisante à expliquer les troubles qu'ils ont observés, sans qu'il soit besoin pour cela de faire intervenir l'accouchement provoqué. M. Gallimard a retrouvé un certain nombre d'enfants nés à la suite de l'accouchement prématuré artificiel : tous se sont par-

faitement développés, et chez aucun d'eux on n'a constaté de troubles de dégénérescence.

Le traitement de l'hypertrichose.

M. le Dr Dumont, dans le *Mémorial de thérapeutique appliquée*, indique comme moyen de traitement de l'hypertrichose l'application des rayons X.

Ceux-ci ont le mérite de substituer au supplice des aiguilles une méthode indolore, rapide et efficace.

Les poils tombent en général 15 jours après une seule exposition bien faite aux rayons X ; quelquefois ils repoussent en petit nombre, mais une seconde et rarement une troisième application viennent à bout des derniers rebelles.

Si l'on veut éviter les légères pigmentations de l'épiderme que peut donner la radiothérapie, il est nécessaire de bien doser l'action des rayons avec méthode et prudence.

De faibles quantités (3 u H) suffiront en une seule séance à obtenir le résultat désiré sans occasionner des désagréments esthétiques qu'une femme ne pardonnerait pas.

L'examen clinique des urines.

M. le Dr Jeanbrau, de Montpellier, insiste, dans le *Journal des praticiens*, sur l'absolue nécessité d'analyser les urines de tous les malades, sans exception. Pour cet examen, il faut employer une méthode sommaire et facile. Voici les points spéciaux sur lesquels doit porter cette analyse sommaire faite par le médecin ? 1° L'urine est-elle acide ou alcaline à l'émission ? Est-elle limpide ou trouble ? 3° Si elle est trouble, le trouble est-il dû à des sels ou à du pus ? 4° Contient-elle du sucre ? 5° Quelle est la quantité éliminée par litre ? 6° Contient-elle des sels ou des pigments biliaires ? 7° Contient-elle du sang ?

Le docteur Jeanbrau a d'ailleurs bien soin de faire observer « *que cette sommaire analyse ne dispense pas d'une analyse complète, faite par un chimiste, sur un échantillon prélevé dans l'urine de 24 heures, dont on aura mesuré le volume exact et qu'on aura très soigneusement mélangée* ».

Pour comprendre la portée des idées émises par le Dr Jeanbrau, il faut se rappeler que ses articles sont écrits au point de vue spécial des maladies des voies urinaires. Or, dans cette catégorie des malades, le problème urologique se limite de lui-même et comporte un nombre beaucoup plus restreint d'inconnues à dégager. C'est d'abord, et avant tout, la recherche de l'albumine qui doit préoccuper le médecin. Si l'urine ne renferme aucune trace d'albumine, il est tout à fait légitime de conclure à l'absence de lésion rénale ou d'infection vésicale. Mais, par contre, une fois l'albumine constatée, le problème clinique se complique et il y a lieu de rechercher si cette albumine est d'origine rénale ou vésicale, si elle est ou non accompagnée de pus, si l'urine est acide ou alcaline à l'émission, etc., etc. Pour éclairer son diagnostic à ces divers points de vue, il est certain que le clinicien expérimenté a à sa disposition des procédés simples et pratiques qu'il peut mettre en œuvre dans son cabinet. Cela n'empêche pas cependant que cet examen sommaire ne peut fournir que des présomptions. Il y aura toujours intérêt à recourir au microscope, à l'examen bactériologique, parfois même aux cultures, toutes méthodes qui sont du domaine du laboratoire. (*Rev. des maladies de la nutrition*).

L'élément catarrhal dans la tuberculose pulmonaire.

Des différentes communications faites au Congrès de la Tuberculose, nous en relevons plusieurs qui confirment la valeur anti-catarrhale du Gomenol. Le remède, on le sait, est journellement employé à l'hôpital Necker par M. le Professeur Guyon dans les cystites douloureuses et tuberculeuses. On peut injecter deux fois par jour une pleine seringue à instillations d'huile goménolée à 20 %.

M. Guyon estime le remède supérieur à l'antipyrine et au gaïacol. Mêmes résultats favorables dans les affections catarrhales des voies respiratoires. La bronchite chronique, l'asthme catarrhal, la tuberculose pulmonaire, la gangrène pulmonaire, sont améliorés par cette médication.

On l'emploie sous forme d'injections hypodermiques d'huile goménolée de 20 % à 33 % (injections de 2 cc. au début, et augmentation graduelle jusqu'à 20 cc.)

Les communications de M. Dubousquet-Laborderie (de Paris), J. Domine et Chabas (de Valence, Espagne), Mendel (de Paris), sont unanimes sur la valeur de la méthode. M. Dubousquet-Laborderie, usant de l'huile à 33 %, en injecte jusqu'à 20 et 25 cent. cubes ; il a constaté que le gomenol a une action nette sur la température qu'il abaisse régulièrement et sur les sueurs profuses qu'il fait disparaître.

Constante aussi est l'action anticatarrhale ; très rapidement l'expectoration diminue ; débarrassé des associations microbiennes, le bacille de Koch perd sa virulence.

M. Mendel a utilisé l'huile goménolée en injections trachéales (huile goménolée à 5 %, puis à 10 %), 10 cc. environ, pendant quelques semaines. Outre l'avantage de cette médication qui ménage le tube digestif, et augmente l'amplitude respiratoire, M. Mendel lui reconnaît une valeur locale indéniable.

M. Barbary, de Nice, tout en employant concurremment d'autres agents médicamenteux, préfère le gomenol dès qu'aux périodes d'hypotension succède une période d'hypertension, laquelle annonce parfois l'apparition d'une hémoptysie prochaine.

En résumé, l'huile goménolée en injections hypodermiques paraît un médicament vraiment actif. Elle n'émet pas la prétention de guérir la tuberculose pulmonaire ; c'est en tarissant les hypersécrétions bronchiques, en abaissant la température et en faisant cesser les sueurs nocturnes, qu'elle soulage et améliore.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le prof. agrégé Carnot.

Formes cliniques de l'hépatite alcoolique.

Je me propose de vous esquisser, aujourd'hui, l'histoire clinique de l'hépatite alcoolique. Je désire vous exposer les aspects variés que présente cette maladie, depuis sa forme aiguë, à marche rapide, qui évolue en peu de jours, jusqu'à sa forme latente, ignorée du malade et importante néanmoins à connaître comme nous le verrons tout à l'heure. Mais auparavant, et pour rendre plus claire ma description, il me paraît utile de vous dire quelques mots de ce qu'on a appelé en pathologie les syndromes hépatiques et d'indiquer l'importance respective qu'ils ont dans la symptomatologie des hépatites alcooliques.

Les syndromes hépatiques dans les hépatites alcooliques.

La symptomatologie des affections du foie peut être divisée en trois groupes de phénomènes morbides, qui correspondent chacun à une division des lésions anatomo-pathologiques. Ces trois grands syndromes sont les suivants : le syndrome biliaire, lié aux altérations des voies biliaires ; le syndrome de l'obstruction portale, lié à la gêne de la circulation dans la veine porte et aux troubles de tension vasculaire qui en résultent ; le syndrome de l'insuffisance hépatique, enfin, lié aux dégénérescences des cellules du foie.

a) Le syndrome biliaire est généralement assez effacé au cours des hépatites alcooliques. Celles-ci ne touchent guère les voies biliaires ; elles donnent parfois lieu, cependant, à un certain degré d'ictère.

b) Il en est tout autrement du syndrome de l'obstruction portale qui, dans la majorité des hépatites alcooliques, est net et accusé. Ce syndrome, dont l'origine anatomique est un obstacle à la circulation porte, comprend d'une part de l'hypertension veineuse (excès de pression d'un côté de l'obstacle) et d'autre part de l'hypotension artérielle (diminution de pression du côté opposé).

L'hypertension portale a des manifestations qui attirent immédiatement l'attention. L'ascite est un de ses facteurs essentiels. L'ascite, dans les hépatites alcooliques, peut être modérée, moyenne ou énorme. Il n'est pas rare de retirer de la cavité péritonéale 7, 8, 10, 12 litres de liquide, et d'être obligé de recommencer la même opération la semaine suivante. Le liquide en question est ordinairement séreux, quelquefois hémorrhagique. Lorsque cette saignée séreuse se renouvelle fréquemment, elle détermine une sorte d'anémie spéciale, une quantité notable de matières albuminoïdes étant ainsi éliminée.

La stase portale présente d'autres signes qui sont : la circulation collatérale, appréciable sur les téguments abdominaux ; l'hypertrophie de la rate, dont la taille peut dépasser 12 et 14 centimètres ; une série de petits troubles, enfin, sur lesquels M. Gilbert a insisté dans ces derniers temps. Ces petits troubles, importants à connaître puisqu'ils se rencontrent souvent au début de la période d'obstruction portale, avant les grands signes, avant l'ascite et la circulation collatérale, consistent en phénomènes dyspeptiques, hémorrhoïdes, élimination tardive des liquides par les urines (opsiurie de Gilbert).

Le syndrome d'obstruction portale comprend, en outre, de l'hypotension artérielle, constatable au manomètre et appréciable au pouls ; ce dernier est faible, petit, rapide. L'hypotension artérielle entraîne de l'oligurie ; les urines sont rares, chargées, foncées en couleur. De cela, il résulte que, si vous observez chez un malade une tension artérielle normale, ou au-dessus de la normale, vous en pouvez déduire qu'il ne doit pas s'agir d'une cirrhose.

c) Il me reste à étudier le troisième grand syndrome, celui de l'insuffisance hépatique. Il tient à la dégénérescence cellulaire et à la déchéance consécutive des fonctions du foie. Il intéresse trois appareils : le sang, l'urine et le système nerveux.

Sur le sang, il se traduit par un fait d'une valeur considérable : la fréquence des hémorrhagies. Chaque fois que la cellule hépatique est touchée, le malade présente une tendance à saigner. Il peut avoir des épistaxis, des stomatorrhagies, des hématémèses, des hémorrhagies rénales, du purpura, etc. Le mécanisme de cette prédisposition aux pertes sanguines n'est pas élucidé. On a dit que le foie avait un rôle primordial dans la fabrication du fibrinogène, mais ce n'est là qu'une hypothèse. Il y a certainement aussi une part à faire aux altérations des tuniques vasculaires.

L'insuffisance hépatique cause des troubles urinaires. L'urée, produite en grande partie par la cellule hépatique, est modifiée, diminuée. L'épreuve de la glycosurie alimentaire — épreuve contestée, il est vrai — pourrait donner également quelques indications.

Les symptômes nerveux sont le résultat de l'hépato-toxémie. Dans les petites insuffisances, dans les cirrhoses ou les hépatites graisseuses légères, le patient a de l'insomnie ou, au contraire, de la somnolence, après les repas surtout, quelquefois du prurit, qui peut survenir longtemps avant le développement de la cirrhose. Dans les grandes insuffisances, on observe des phénomènes nerveux plus importants, tantôt du coma, tantôt du délire qu'il faut distinguer du délire alcoolique. Le délire hépatique est doux ; c'est une rêverie, diurne ou nocturne, ce n'est pas un grand cauchemar. D'autres fois, les troubles mentaux sont plus accentués et on a décrit une véritable folie hépatique ; d'autres fois encore, on note des phénomènes convulsifs. Un autre signe de réelle valeur est la tendance marquée à l'hypothermie : on doit en tenir compte chez les hépatiques alcooliques qui font des infections aiguës.

Tels sont les trois syndromes que l'on peut rencontrer dans les hépatites alcooliques : le syn-

drome biliaire, avec son ictère, sa cholémie ; le syndrome vasculaire, avec son hypertension portale et son hypotension artérielle ; le syndrome de l'insuffisance hépatique, avec ses hémorrhagies, ses troubles urinaires et nerveux. Ces syndromes sont toujours, il va sans dire, plus ou moins combinés chez nos patients, selon que les lésions sont elles-mêmes plus ou moins développées sur les voies biliaires, le système porte et les cellules hépatiques.

Ces considérations vont simplifier ma tâche et me permettre de vous exposer plus clairement et plus rapidement les formes de l'hépatite alcoolique. Nous pouvons distinguer cliniquement des cas aigus, subaigus, chroniques et latents.

Hépatites alcooliques aigues.

Elles se subdivisent, à leur tour, en trois variétés.

Première variété : à la suite d'excès alcooliques, un ictère apparaît, qui dure 8, 10, 12 jours, et semble rentrer dans l'ictère catarrhal. C'est une hépatite alcoolique aiguë bénigne.

Deuxième variété : à la suite d'excès alcooliques, encore, le foie devient brusquement gros, douloureux ; une teinte sub-ictérique se montre et cet état morbide guérit au bout de 8 à 10 jours. C'est une congestion aiguë du foie, bénigne en elle-même. Elle s'observe fréquemment et se répète volontiers chez les alcooliques habituels. Cest souvent par ces poussées que débutent et s'installent les phénomènes ultérieurs de la cirrhose chronique.

Troisième variété, dont voici un exemple cité par Leudet : un infirmier de Rouen, après avoir absorbé une bouteille d'eau-de-vie, tombe ivre-mort. Il présente ensuite le syndrome d'insuffisance hépatique, du délire, de l'hypothermie, des hémorrhagies, et il meurt. C'est l'ictère grave alcoolique de Leudet, forme rare et redoutable, analogue à l'ictère grave de l'intoxication phosphorée.

Hépatites alcooliques subaigues.

Elles se développent et évoluent non en quelques jours mais en quelques semaines ou en quelques mois. Elles correspondent anatomiquement aux hépatites graisseuses, aux déchéances cellulaires ; pathologiquement, elles créent le syndrome de l'insuffisance fonctionnelle du foie. On en distingue deux variétés : l'hépatite graisseuse hypertrophique (Lancereaux) et l'hépatite graisseuse atrophique.

L'hépatite graisseuse hypertrophique se manifeste, dans une première période, par une teinte sub-ictérique, des troubles digestifs, des hémorrhagies, du délire, des urines rares, pauvres en urée, tous les signes du syndrome d'insuffisance que je détaillais tout à l'heure. Il y a généralement peu d'ascite, la stase portale étant peu accusée. Le foie est gros, mou. Puis, les phénomènes morbides s'accentuent et souvent la mort s'ensuit, après une évolution de quelques semaines ou de quelques mois. C'est là une variété fréquente d'hépatite alcoolique : son pronostic est mauvais, d'autant que, dans ces cas, la tuberculose est communément associée à l'alcoolisme.

L'hépatite atrophique graisseuse ou cirrhose graisseuse, à laquelle Hanot réservait le nom de cirrhose à marche rapide, commence par des signes de cirrhose, de stase portale (ascite, troubles circulatoires). Ensuite, à un moment donné, à l'occasion d'une grippe ou d'un excès, on voit apparaître la teinte subictérique, le délire, les hémorrhagies. La marche est alors rapide et se compte en semaines. A l'autopsie, on trouve un petit foie cirrhosé et graisseux.

Hépatites alcooliques chroniques.

Ici, les lésions vasculaires et le syndrome portal prédominent,

La cirrhose atrophique de Laënnec (type des hépatites alcooliques chroniques) est essentiellement caractérisée par des symptômes d'ordre circulatoire. Elle offre une première étape de précirrhose (Hanot), de préascite, qui peut durer assez longtemps, 10, 15 mois et davantage. Cette phase initiale comporte souvent des accès répétés de congestion hépatique : je vous en ai parlé à propos des hépatites alcooliques aiguës.

Dans la suite les troubles de la circulation porte s'accusent. On note les petits signes d'hypertension, la dyspepsie, l'opsiurie, les hémorroïdes, auxquels succèdent les symptômes cirrhotiques : le foie est petit, la rate grosse, la circulation collatérale nette ; l'ascite est volumineuse et le développement de l'abdomen rend plus frappant l'amaigrissement du patient. D'autres fois, à ce tableau se joint le tableau de l'insuffisance hépatique, la tendance aux hémorrhagies, les phénomènes nerveux ; il convient alors de se méfier d'une complication.

Il est des formes de cirrhose à allure plus lente, plus chronique ; ce sont les cirrhoses hypertrophiques. Les cirrhoses hypertrophiques alcooliques doivent être divisées en trois groupes : les hépatites ou cirrhoses graisseuses, à marche rapide, dont je vous ai entretenus il y a quelques instants ; les cirrhoses à évolution moins rapide, et les cirrhoses à marche lente ; ces dernières peuvent guérir, ce sont les cirrhoses curables. On pourra espérer être en face d'une cirrhose curable s'il y a hypertrophie du foie ; les présomptions se fortifieront lorsque l'on constatera un arrêt dans la progression de la maladie, lorsque, par exemple, l'ascite se reproduira à des intervalles plus éloignés, après les ponctions, et lorsque le volume de la rate diminuera. Il est probable qu'en pareille circonstance il y a non seulement amélioration de la circulation mais aussi régénération des cellules du foie. Un fait à signaler, chez ces patients, est la fréquence des rechutes. Au bout d'un an, de deux ans quelquefois, on peut voir l'ascite revenir, guérir, récidiver à nouveau. Ces cas-là tournent parfois à la cirrhose atrophique.

Hépatites alcooliques latentes.

Il est, enfin, des hépatites alcooliques plus chroniques encore. Ce sont les hépatites latentes que l'on observerait très fréquemment si elles n'échappaient pas aux investigations. Elles sont communes chez les débitants de vin, les limonadiers. Il s'agit de sujets qui présentent une teinte subictérique, des conjonctives jaunes (coloration qui s'exagère à la suite d'excès), un teint vultueux, des pommettes très vascularisées. Ce sont des adipeux, des gras. Il ne se plaignent de rien. Souvent, sous une couche graisseuse épaisse, on trouve un foie gros, difficile à sentir,

dépassant de 3, 4, 5 travers de doigt les fausses côtes. Les sujets en question, ne se sentant pas malades, ne veulent pas se soigner. Ils font, avec une fréquence remarquable, des maladies infectieuses, de la tuberculose ; chez eux, une affection légère en elle-même devient grave. A propos d'un petit foyer pneumonique, ils ont du subdélire, des hémorrhagies, de l'ictère et ils meurent en quelques jours. Ont-ils un accident, un traumatisme, le délirium tremens les guette. Ces cas-là doivent être connus : en raison de leur latence ils ne sont pas, la plupart du temps, soignés et ils sont redoutables néanmoins. Gilbert et Lereboullet ont judicieusement insisté sur ces hépatites alcooliques dont ils ont bien souligné la *latence*.

Telle est la dernière étape de la chronicité des hépatites alcooliques. En réalité, les formes que nous venons de décrire correspondent seulement à des types. En clinique, il y a place pour tous les intermédiaires.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

GYNÉCOLOGIE

Diagnostic précoce de l'épithéliome utérin (*suite*) (1),

par le Dr Paul Petit,
Chirurgien-adjoint de l'hôpital libre Saint-Michel.

Epithéliome de la surface vaginale du col.

3° *Forme exulcéreuse.*

Je désire insister *tout particulièrement* sur cette forme que les auteurs ne signalent pas et que j'ai observée dans deux cas absolument superposables et avec examen histologique à l'appui.

Il *s'agit d'un début par exulcération nummulaire très superficielle, n'intéressant pour ainsi dire que le revêtement épithélial, très petite, et qui pourrait très facilement passer inaperçue ou être prise pour une lésion sans importance.*

Il y a déjà plusieurs années, M. Sébileau me confiait une dame de 50 ans, assez corpulente et de bonne mine, pour la soigner d'une dermite inguino-vulvaire avec folliculite. Lors de l'examen pratique avant de me l'adresser, M. Sébileau n'avait rien constaté de suspect du côté du col et lorsque je reçus la malade, mon examen de ce même côté, à part un certain écoulement catarrhal, fut tout aussi négatif aussi bien au toucher qu'au spéculum.

Au bout de trois semaines de traitement, les lésions extérieures étant à peu près guéries, je pratiquai un nouvel examen interne, avant de prendre congé et ne fus pas peu surpris de constater, sur la lèvre antérieure du col et mordant sur son orifice, une exulcération tout à fait superficielle, dont les bords étaient de niveau avec le tissu périphérique, de dimensions très restreintes (ne dépassant pas 1 c. m. q.), non suintante, absolument lisse, arrondie et d'un rouge vif, bordée, non à la vue, mais sous le doigt, d'une très fine collerette d'induration.

Cette exulcération ne se laissait guère entamer par l'ongle, mais une pince à griffe, pour l'abaissement du col, y pénétrait beaucoup plus facilement que dans le tissu sain immédiatement voisin et en dérapait, sous une traction légère, en déterminant un écoulement de sang beaucoup plus notable qu'en tissu sain.

(1) Voir les numéros des 14 et 21 janvier 1906.

En présence de ces caractères j'éliminai immédiatement l'idée d'une exulcération simple, d'origine herpétique ou autre et n'hésitai qu'entre deux diagnostics, le chancre syphilitique à forme érosive et le cancer.

La malade voulut bien me suivre sur l'heure chez M. Sébileau qui partagea mes impressions et nous enlevâmes, séance tenante, au bistouri, un fragment d'un peu plus de 1 c. m. c., comprenant toute l'étendue apparente de la lésion et que j'adressai à M. Gombault. Il me répondit par la note suivante que je transcris dans son intégrité :

« Je n'ai trouvé d'épithélium de revêtement sur aucun point de la surface de la coupe. Il y a donc ulcération totale à ce niveau. Toute la portion superficielle est occupée par une néoplasie formée de boyaux épithéliaux anastomosés, séparés par des travées conjonctivo-vasculaires. Les cellules épithéliales sont manifestement du type malpighien. Il s'agit donc sûrement d'un épithélioma tubulé de provenance épidermique.

« Il n'existe aucune ligne de démarcation entre le néoplasme et le tissu immédiatement sous-jacent qui est formé de tissu conjonctif et de faisceaux de fibres musculaires lisses. Le néoplasme pénètre inégalement ce tissu qui disparaît à son contact. Le tissu de la tumeur est donc manifestement en voie d'accroissement.

La couche fibro-musculaire profonde est, sur une certaine épaisseur, tout à fait intacte et dans les limites de la portion envahie, l'envahissement n'en est encore qu'à son début, ce qui constitue une présomption très favorable relativement au succès d'une ablation.

« Au point de vue actuel, il y a à relever ce fait que les lames conjonctivo-vasculaires sont largement infiltrées de cellules jeunes ; que ces mêmes cellules infiltrent également, sur une certaine épaisseur, la zone bordante où le néoplasme n'a pas encore revêtu de caractères histologiques spécifiques, ce qui permet d'affirmer que la tumeur est en état de végétation très active. »

Ainsi voilà une malade qui a la chance (relative, il est vrai, mais cependant exceptionnelle) de se présenter à nous avec un cancer du col encore si limité qu'un fragment d'un cmc., ou guère plus, comprend la totalité de l'ulcération suspecte et qu'à l'examen histologique ce minuscule fragment, indubitablement épithéliomateux à sa surface, est trouvé, par un homme des plus compétents, absolument intact, normal, dans sa profondeur. J'exposai à la malade elle-même et à la parente qui l'accompagnait les particularités du cas, l'urgence d'une intervention ; mais je ne pus obtenir que cette réponse : « On opère donc le cancer ? » et encore : « Mais je ne souffre pas, je n'ai pas de pertes. » Je fis demander le mari ; il ne vint pas. Je fis intervenir M. Sébileau, qui ne fut pas plus heureux que moi pour faire prendre à la malade la décision voulue. En vain lui conseillâmes-nous, en dernier ressort, d'aller trouver avec notre consultation et la lettre de M. Gombault, tel ou tel gynécologiste en renom. Elle nous quitta sans vouloir rien entendre et j'ignore ce qu'elle est devenue.

Ma seconde observation est en tout semblable à celle-ci. Même absence de symptômes subjectifs (hémorrhagie, écoulement odorant, douleurs....), même latence absolue de la lésion qui ne fut découverte aussi que par hasard, mêmes caractères objectifs : dimensions à peu près semblables, situation la même à l'orifice d'un col absolument normal par ailleurs, caractères histologiques aussi décisifs, même refus obstiné de toute intervention, même disparition de la malade dont je n'ai pu avoir de nouvelles.

J'ai fait l'examen histologique d'un troisième cas observé par un collègue ; je n'ai pas examiné moi-même la malade, mais d'après les renseignements que l'on m'a donnés, j'ai tout lieu de croire que ce cas rentre dans la même catégorie que les deux précédents. Mon collègue a été plus heureux que moi : il a pu suivre plus longtemps sa malade et ce que je n'ai pas oublié, c'est qu'il fut stupéfait de la rapidité d'évolution de cette ulcération surprise dans l'œuf. En trois semaines elle en était, paraît-il, à la période d'état.

Je rappellerai encore cette observation de Barozzi, dont j'ai fait mention et qui paraît analogue.

Dans un des très nombreux et très intéressants articles que M. Pichevin a consacrés, dans la *Semaine gynécologique*, au diagnostic précoce du cancer, il a écrit ceci :

« Il est une forme peu connue d'ulcération primitive du col utérin. Une perte de substance légère, peu étendue, peu profonde, en coup d'ongle, siégeant sur l'une des lèvres, au pourtour de l'orifice externe, reposant sur un fond souple, entourée d'une zone de tissu sain, peut singulièrement intriguer l'observateur. Il ne s'agit pas d'une pseudo-ulcération comme dans la cervicite. Il y a une vraie perte de substance et le fond rouge lisse contraste avec le reste du col. Cette perte de substance limitée présente une particularité : c'est de donner naissance à des hémorrhagies abondantes et fréquentes. »

Mes observations sont d'accord avec cette description, sauf sur deux points : dans mes deux cas, je le répète, il n'y avait pas plus d'hémorrhagie spontanée que d'écoulement autrement suspect et l'exulcération reposait non sur un fond souple, mais sur un fond sinon franchement ramolli, au moins diminué de consistance par rapport au reste du col et entouré d'une mince collerette d'induration.

On m'excusera d'insister sur ces détails, car on comprendra leur importance.

Passons au diagnostic différentiel.

Les *érosions simples* de l'endométrite gonococcique sont le plus souvent multiples, d'un rouge vif et coïncident avec un écoulement caractéristique.

L'exulcération herpétique a un contour polycyclique et microcyclique et l'on trouve ordinairement, à son voisinage, des érosions miliaires et arrondies.

Le *chancre simple* du col est ulcéreux et suppurant ou bien, parfois, nettement papuleux, tout en étant inégal de surface et de couleur jaunâtre. Il s'accompagne ordinairement de chancres vulvaires de même espèce.

Il n'y a vraiment qu'au chancre syphilitique à forme érosive qu'il convienne de s'arrêter.

Le chancre syphilitique du col, d'après M. Fournier, est toujours érosif ou papulo-érosif, presque jamais ulcéreux. Je laisse de côté le type papulo-érosif pour ne m'occuper que de la forme érosive et montrer à quel point elle peut ressembler à la lésion nettement épithéliomateuse dont je parle.

« Le chancre érosif du col », nous dit M. Fournier, « est ordinairement unique, peu étendu (ne dépassant guère les dimensions d'une pièce de 0 fr. 20), absolument lisse et de niveau avec les parties voisines, à peu près sec, indolore, et repose sur une base indurée dont il est plus ou moins facile de se rendre compte... (1) ».

Il n'est pas un de ces signes qui ne se retrouve sur l'érosion épithéliomateuse du col telle que je l'ai observée. Celle-ci cependant saigne plus facilement sous l'effort parce qu'elle est plus vasculaire et plus friable. D'autre part, au début de son évolution, le chancre érosif est recouvert, au centre, d'une couenne d'un gris lardacé ou grisâtre, et ce signe différentiel est certainement excellent ; mais, comme nous l'apprend M. Fournier, cette couenne, de même que l'évolution papuleuse quand elle existe, peuvent disparaître en quelques jours et il ne reste plus qu'« une érosion rougeâtre, commune, banale, innocente d'aspect », en tout semblable à cette modalité initiale du cancer sur laquelle j'insiste et que les auteurs classiques passent sous silence. M. Fournier, entre autres, dans le chapitre de son magistral traité où il discute pied à pied le diagnostic différentiel du chancre syphilitique du col, n'en fait nullement mention.

En présence d'une érosion cervicale d'apparence banale, il faut donc se méfier, l'étudier de près, ne pas hésiter au moindre doute à recourir à la biopsie. Il faut penser à la syphilis et au cancer. Je puis citer au moins un cas de soit disant cancer dans lequel l'hystérectomie ne fut contremandée que par l'apparition d'accidents secondaires et je suis convaincu, par contre, que pas mal de micro-ulcérations cancéreuses, vues au fond du spéculum, n'ont pas été suffisamment regardées.

Assurément, l'évolution de la lésion lève rapidement les doutes : en quelques semaines, l'érosion syphilitique sera cicatrisée et l'érosion cancéreuse sera devenue ulcère ; mais si, à ce moment, le traitement de la vérole, d'ailleurs confirmée par ses accidents secondaires, ne sera nullement compromis, on aura laissé passer l'exceptionnelle possibilité de la cure chirurgicale et radicale du cancer du col utérin.

En présence d'une érosion tant soit peu suspecte du col, il n'y a donc qu'une bonne décision à prendre : la biopsie immédiate.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Un fait d'expérience personnelle bon à signaler aux praticiens.

Quel médecin n'a pas eu dans sa pratique de mécompte thérapeutique ? Quel praticien, surpris de n'obtenir aucun résultat avec des médicaments éprouvés, interroge, s'informe, cherche une explication, et finit par découvrir la substitution d'un analogue ou d'un succédané au médicament actif, dans la potion prescrite ?

Ces faits sont plus fréquents qu'on ne le pense aujourd'hui surtout que la pharmacie subit une crise indéniable. Ils expliquent l'abondance des spécialités médicamenteuses, et surtout la faveur dont certaines jouissent auprès des médecins.

Il nous est arrivé à nous-même bien des cas de ce genre. Ainsi, il y a quelques mois, nous ordon-

(1) A. FOURNIER. — *Traité de la syphilis.*

nions à un phtisique pour combattre des sueurs profuses les pilules suivantes :

Sulfate d'atropine......... 1/2 milligr.
Poudre de quinquina...... 0,10 ctgr.

M. pour une pilule n° 2.

Le malade absorba ces deux pilules en l'espace d'une heure, et n'éprouva aucun changement. Les glandes sudoripares continuèrent à sécréter aussi abondamment que la veille.

Sur notre conseil, le malade porta la même ordonnance dans une autre officine, et la nuit venue, l'absorption d'une seule pilule arrêta complètement les sueurs habituelles.

Que penser de ce fait ? Sinon que dans les deux premières pilules il ne se trouvait pas du tout de sulfate d'atropine !

Nous pourrions citer encore bien des cas de ce genre, mais chaque praticien les a déplorés maintes fois, et nous n'insistons pas.

A côté de cette absence de médicament dans les potions, nous devons signaler encore les nombreuses substitutions dont nos formules sont l'objet. Il arrive en effet que si les médicaments demandés ne se trouvent pas dans l'officine, on délivre un remède analogue, ou bien le corps chimique ayant la même formule. Dans le premier cas, les résultats obtenus ne sont pas précisément ce que nous cherchions, et dans le second il n'est pas rare que nous observions des symptômes toxiques. Cela s'explique aisément. Les produits spécialisés, par exemple, quand ils sont véritablement sérieux, n'ont aucune raison pour cacher leur formule. Ils la publient au contraire, la livrant ainsi au contrôle des laboratoires. Or la formule donnée, les chimistes fabriquent le corps, et nous le retrouvons bientôt livré au public dans nos potions mêmes. Mais on ne remarque pas que le corps ainsi formé, et qui devrait, semble-t-il, présenter tous les caractères de la spécialité, contient souvent des isomères toxiques, et que la plupart du temps il est impur. Ces défauts, au contraire, ne sauraient exister dans le produit spécialisé, parce qu'il est fabriqué avec tout l'outillage et toutes les précautions nécessaires. Aussi qu'observons-nous en pratique ? Des accidents et de l'inconstance thérapeutique, et tandis que nous les attribuons à la spécialité ordonnée, c'est le corps chimique fabriqué d'après sa formule qui est en jeu.

En voici un exemple : l'aspirine. Ce remède a été donné à la thérapeutique par la maison Bayer et Cie. Sa formule est :

$$C^6H^4\left\langle\begin{array}{l}CO\ OH\\ O\ CO\ CH^3\end{array}\right.$$

C'est de l'acide acétyl-salicylique. En théorie, aspirine et acide acétyl-salicylique devraient être identiques ; or il n'en est rien en pratique, car il existe dans le commerce des acides acétyl-salicyliques mal préparés et par conséquent impurs. Et nous attribuons alors à l'aspirine les effets secondaires fâcheux qui peuvent se manifester, alors qu'en réalité le remède absorbé aura été non de l'aspirine vraie, mais un acide acétyl-salicylique impur, ou même de l'acide salicylique ordinaire.

Il nous est arrivé quelques faits de ce genre, et comme, d'autre part, la littérature médicale en renferme plusieurs autres, nous croyons utile de remettre les choses au point en appelant l'attention du praticien sur cette intéressante question.

Chez un homme de 34 ans, tailleur, indemne de toute affection chronique ou débilitante, sans nervosisme, sans idio-syncrasie connue, nous avions ordonné contre des névralgies rhumatismales des cachets contenant chacun 1 gr. d'aspirine. Dès l'absorption du premier cachet, cet individu fut pris de sueurs, de bourdonnements d'oreilles, et bientôt après apparut une tuméfaction considérable de la muqueuse nasale et conjonctivale déterminant une réelle difficulté de la respiration, et une véritable déformation de la face. L'œdème avait gagné aussi le cuir chevelu. Cet état dura trois jours environ et nécessita tout un traitement local et général.

Dans un second cas, chez un jeune homme de 19 ans, atteint de céphalalgies tenaces, nous avons encore donné des cachets d'aspirine dosés à 1 gr. Ici encore, une heure après l'absorption du premier cachet, il se manifesta une légère surdité, des vertiges, de l'injection conjonctivale et de l'œdème des muqueuses nasales et gingivales. Ces symptômes mirent 48 heures à disparaître et nécessitèrent encore un traitement dérivatif et diurétique.

Or aucun de ces malades n'avait des lésions rénales permettant d'expliquer ces phénomènes. Les cachets d'ailleurs furent examinés et ils contenaient de l'acide salicylique ordinaire.

Il en était ainsi sans doute dans le cas signalé par Poulavski (1). Cet auteur rapporte en effet qu'après avoir administré chez un artério-scléreux de 64 ans soixante centigr. d'aspirine pour faire disparaître une sensation pénible de courbature, il observa les phénomènes suivants : la langue se tuméfia au point de gêner la parole ; la face (surtout les lèvres et les paupières), les oreilles et le cuir chevelu se tuméfièrent également et prirent une coloration rouge... Cet état dura quatre jours.

La similitude des symptômes entre le cas de Poulavski et les nôtres nous autorisent à penser qu'il y a là encore une substitution d'acide salicylique ou acétyl-salicylique impur à la véritable aspirine.

Aussi, depuis bientôt deux ans, toutes les fois que nous avons recours à l'aspirine, nous ordonnons nettement la spécialité et nous disons : « Comprimés Bayer d'Aspirine. » De cette façon, nous n'avons jamais eu à déplorer le moindre effet secondaire, ni la moindre intolérance stomacale.

Comment d'ailleurs l'aspirine pourrait-elle être nuisible à l'estomac puisqu' « elle ne peut se dissocier en milieu acide, elle traverse l'estomac sans mettre en liberté son acide salicylique, et par conséquent sans déterminer de troubles gastriques » (2).

C'est ainsi que nous avons ordonné ce remède jusqu'à la dose de 5 gr. dans les 24 heures (10 comprimés) contre le rhumatisme articulaire aigu ; nous l'avons ordonné à la suite de Besançon et Paulesco dans la chorée de Sydenham chez trois fillettes de 7 à 10 ans, avec Merkel (3) et Goth (4)

(1) Voir *Gaz. des Hôpitaux*, p. 525, n° 44, 1905.
(2) Bezançon et Paulesco. — *Journal de Médecine Interne*, avril 1901.
(3) *Münch. med. Woch.*, 25 juillet 1905.
(4) *Mediz. Blätter*, Vienne, n° 6, 1904.

PATRONAGE MÉDICAL

BUT DE LA SOCIÉTÉ

Le **Patronage Médical** est une société civile en commandite.

La Société ne fait aucun acte commercial ; elle acquiert des actions, des titres divers de sociétés d'eaux minérales, d'établissements médicaux, etc. Les adhérents ne sont engagés que jusqu'à concurrence de la somme souscrite par eux.

Ils sont donc co-propriétaires de valeurs indivises au même titre que les nombreux et riches confrères, qui sont porteurs d'actions ou titres divers de sociétés comme Vichy, Châtel-Guyon, etc. Et de même qu'eux, ils recommandent ces eaux et établissements à leurs clients et amis, parce que la Société ne s'y est intéressée qu'après avoir constaté la preuve de leur valeur thérapeutique.

Les parts du Patronage Médical sont cédées au prix de 50 francs et donnent droit à :

1° La perception d'un dividende annuel, pour chaque part, dividende fixé par l'Assemblée Générale ;

2° La jouissance d'une pension viagère proportionnelle aux ressources de la caisse, pension fixée également chaque année par l'Assemblée Générale lorsque le titulaire aura réuni ces TROIS CONDITIONS : cinquante ans d'âge, dix années de participation au « Patronage » et abonnement permanent au journal *Le Concours médical* qui est l'organe de la Société ;

3° Enfin, pour la veuve ou les enfants mineurs, si le titulaire vient à mourir : *dès maintenant et après une année de participation*, une allocation de 300 francs, prélevée sur un fonds spécial dû à la générosité des premiers bienfaiteurs ; *plus tard et après 10 ans de participation* — dès que la chose sera possible —, une pension annuelle dont le montant sera déterminé par l'Assemblée Générale.

AVIS

Les certificats de propriété sont envoyés deux mois environ après le paiement de la souscription. Ces titres ne comportent pas de coupons, les dividentes afférents à chaque exercice sont envoyés par mandats-cartes payés au domicile de chaque sociétaire.

Société civile « LE PATRONAGE MÉDICAL »

23, rue de Dunkerque, Paris.

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom et prénoms) ____________________

Médecin à ____________________ *Département de* __________

né le __________ *à* __________ *Département* __________

déclare adhérer au « **Patronage Médical** » *et prie M. le D*r MAURAT, *gérant de la Société, de me transférer* __________ *parts au prix de cinquante francs l'une.*

(*a*) 1° *Je joins à cette adhésion la somme de* __________ } **représentant le montant de ma participation**

2° *Je l'autorise à faire toucher la somme de* __________

A ____________________ *le* ____________________

(SIGNATURE)

(*a*) Prière de rayer le mode de paiement qui ne convient pas.

Envoyer ce bulletin au siège de la Société, 23, rue de Dunkerque, Paris.

contre les douleurs métritiques et annexielles, contre la dysménorrhée ; nous l'avons ordonné contre des accès de goutte aiguë, de sciatique et dans un grand nombre de névralgies, et nous avons toujours retrouvé l'efficacité de la véritable aspirine et son peu de toxicité. Dans toutes ces affections, en effet, l'aspirine s'est montrée antiseptique, antifébrile et analgésique d'une manière plus nette que le salicylate de soude et les antipyrétiques. Dans un grand nombre de cas, les comprimés Bayer ont fait disparaître en une heure environ des névralgies frontales rebelles à l'analgésine et sans troubler en rien les fonctions gastriques.

Il en est donc de l'aspirine comme de beaucoup d'autres médicaments spécialisés. A côté du nom, il y a la formule, et c'est cette formule, immédiatement réalisée par le commerce, qui remplace si l'on n'y prend garde le véritable remède. Souvent des acides acétyl-salicyliques du commerce peuvent n'être pas identiques à l'aspirine Bayer. Que leurs effets secondaires viennent d'impuretés chimiques, d'isomères présents dans leurs molécules, ou bien d'un défaut de fabrication, peu nous importe, ce qui nous intéresse, c'est la différence d'action et les dangers pouvant tenir à ces impuretés, et, devant l'impossibilité pour nous de démêler le bon du mauvais acide acétyl salicylique, nous sommes dans la nécessité d'ordonner : *Comprimés Bayer d'Aspirine.*

Nous ne voudrions pas, en écrivant ces lignes, être suspect de prendre parti pour telle ou telle spécialité. Notre pensée est plus haute. Car, en signalant de tels faits, nous voudrions éviter aux médecins et à leurs malades les mêmes désagréments que nous avons éprouvés nous-même. Il vaut mieux, à ce point de vue, apprendre aux dépens des autres plutôt qu'à ses dépens. En outre, il entre dans ces questions une affaire de vérité scientifique. Nous ne voyons pas, en effet, pour quelle raison nous mettrions sur le compte de l'aspirine les effets secondaires attribuables à l'acide salicylique ou à un acide acétyl-salicylique défectueux, car c'est ainsi que nous comprenons la phrase suivante du *Journal des Praticiens* (1) : « *L'aspirine* est le plus actif de ces dérivés (de l'acide salicylique) mais il n'a pas l'innocuité qu'on lui prêtait et divers accidents ont été signalés à la suite de son emploi ».

Qu'il y ait des idiosyncrasies, nous ne le nions pas, bien que les deux cas personnels signalés plus haut n'en soient pas un exemple. Cependant, pour ménager les susceptibilités, on pourra commencer le traitement par un seul comprimé, quitte à renouveler cette dose jusqu'à effet.

Les remarques que nous venons de faire, et qui correspondent, nous le savons, à l'opinion d'un grand nombre de confrères, ne sont pas spéciales à l'aspirine. Elles ont été faites par d'autres et pour d'autres remèdes spécialisés, pour les créosotés notamment, les opiacés et les antiseptiques. Il n'est pas rare d'observer des substitutions aux produits spécialisés, et sans insister davantage sur ces irrégularités et ces abus, il nous suffit de savoir quels dangers elles représentent et pour cela nous avons tenu à les signaler.

D[r] A. MÉDON.

---

(1) N° 49, 9 décembre 1905, p. 795.

PÉDIATRIE PÉDAGOGIQUE

Nos lecteurs connaissent depuis longtemps l'établissement de Meyzieux (Isère), que dirigeait M. le D[r] Courjon, l'un des premiers adhérents du « Concours Médical ». Là, comme à Vitry-sur-Seine, où M. Bourneville a ouvert un Institut analogue, de forts intéressants résultats ont été obtenus dans l'éducation des enfants anormaux.

M. Louis Grandvilliers, qui assiste M. le D[r] Courjon, a fait de louables efforts pour propager et vulgariser l'emploi de cette éducation spéciale. Il a provoqué, après le Congrès d'assistance de 1903, la fondation d'un Comité national français pour l'Etude et la Protection de l'Enfance anormale, comité dont le siège est à Lyon et qui est devenu international après le récent Congrès de Liège.

Avec l'appui de ce Comité, M. Grandvilliers crée aujourd'hui un *Bulletin* destiné à l'étude de cette question si peu connue encore de l'éducation des enfants anormaux. L'abonnement, qui est de 3 fr. seulement, est à la portée de tous les médecins, de tous les philanthropes, de tous les éducateurs dont il recherche le concours.

Nous félicitons MM. Grandvilliers et Courjon de l'initiative qu'ils ont prise et engageons tous nos amis à les aider à éclairer ce coin obscur de l'éducation sociale.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Le traitement mécanique de la névralgie sciatique.

Les traités classiques de médecine se contentent le plus souvent de citer, sans plus de détails, le massage comme traitement de la névralgie sciatique. C'est là un grand tort, car les praticiens mettent sans autres indications les névralgiques entre les mains d'un masseur, et fréquemment l'affection ne guérit pas, elle s'aggrave. Or l'indication de massage dans la sciatique s'adapte à un massage spécial dans l'une des multiples variétés de la sciatique, dans la sciatique rhumatismale. C'est grâce à cette remarque que Wolf a toujours obtenu d'excellents résultats de cette thérapeutique mécanique, chaque fois qu'il l'a empoylée.

Dans la sciatique, le massage doit surtout consister en frottements et en secousses imprimées au nerf malade ; le pétrissage des muscles ne doit tenir que peu de place dans l'opération. Mais il sera excellent de faire avant chaque séance le traitement par l'air chaud, qui rend les tissus plus souples, et exerce sur l'affection une influence favorable en modifiant le régime circulatoire du membre inférieur intéressé.

On commence, dit Wolf (*Wien. med. Wochens.*, 1905, n° 23), par des pressions très douces, dont l'intensité sera proportionnée aux douleurs qu'elles réveilleront. Ces douleurs doivent rester supportables ; et d'ailleurs, il est à remarquer que, dans la névralgie sciatique rhumatismale, celles qui sont dues au massage n'ont pas un caractère violent. « Je souffre évidemment, disait un malade, mais la chose n'est pas désagréable ». Savoir graduer les pressions, tel est le secret de ce massage spécial, que ne possèdent pas les mas-

seurs ordinaires, dont l'action trop vigoureuse est souvent cause d'aggravation.

Le massage portera particulièrement sur les points douloureux, non seulement sur les points classiques, mais encore sur tous ceux que l'on découvrira sur le trajet du nerf ; il ne faudra pas négliger non plus ceux des branches secondaires du sciatique, qui rendent parfois l'affection rebelle, quand on les laisse de côté.

Mais tous ces préceptes ne s'appliquent qu'à la sciatique rhumatismale, et de l'insuccès du massage dans tel cas particulier peut encore être tirée une indication précieuse pour le diagnostic : Quand, malgré un massage prudent, les douleurs augmentent, on est presque certain que le rhumatisme n'est pas en cause, et il faut rechercher une autre étiologie, puis changer le traitement.

Le traitement de la méningite épidémique.

Voici quelques résultats de l'expérience personnelle, acquise par le Dr França, au cours de l'épidémie portugaise de 1902 (*Deutsche Med. Wochens*, 1905, n° 20).

La ponction lombaire de Quincke semble être la méthode la plus rationnelle pour lutter contre la méningite, car elle diminue la forte pression du liquide cérébrospinal, et elle retire une quantité considérable de bactéries ainsi que leurs produits toxiques. Comme certains cas de méningite purulente semblaient guérir difficilement par la simple ponction lombaire, França eut l'idée de pousser des injections antiseptiques dans le canal spinal pour atteindre au mieux les germes pathogènes. Après avoir retiré 25 à 50 cent. cubes de liquide par la ponction lombaire, il fit une injection d'une solution de lysol à 1 pour cent. Suivant l'âge du malade, il injectait 12 à 18 cent. cubes chez les adultes, 3 à 9 cent. cubes chez les enfants. Les injections étaient répétées chaque jour, jusqu'à stérilité du liquide cérébrospinal. L'auteur retira de ce procédé les avantages suivants :

1° Disparition des rechutes si fréquentes dans la méningite ;

2° Diminution notable dans la durée de la maladie ;

3° Destruction rapide des diplocoques ;

4° Faible amaigrissement du malade, qui ne présentait plus de troubles trophiques graves ;

5° Rareté des phénomènes mentaux, des paralysies et des troubles sensoriels.

Les résultats statistiques furent les suivants : Sur 47 malades, traités par les ponctions lombaires et les lavages du canal, il y eut 33 décès. (Parmi eux 12 méningites purulentes sur 16 succombèrent).

Sur 50 malades, traités par les injections de lysol suivant la méthode de França, il n'y eut que 17 décès (Parmi eux 16 méningites purulentes sur 31 succombèrent.)

França donnait chaque jour à ses malades des lavements froids ; il ordonnait souvent du calomel. Quand l'albumine apparaissait dans l'urine, il prescrivait des applications de ventouses au niveau des reins, et de la lactose à l'intérieur ; enfin dans l'adynamie marquée, il utilisait les injections d'huile camphrée.

La tuberculose laryngée constitue-t-elle une indication pour l'interruption artificielle de la grossesse ?

Après avoir étudié les différents travaux et statistiques, ainsi que les articles de droit, qui se rapportent à la question, Küttner (*Berl. Klin. Wochens.*, 1905), arrive aux conclusions suivantes :

1° La tuberculose laryngée diffuse pendant la grossesse comporte un pronostic particulièrement défavorable ;

2° La mortalité des enfants, dont les mères ont présenté de la tuberculose laryngée au cours de leur grossesse, est très grande.

3° Il résulte de ces deux premières considérations que la tuberculose laryngée constitue *en principe* une indication légalement justifiée pour l'interruption artificielle de la grossesse.

4° Mais celle-ci n'est promise que si, dans chaque cas particulier, elle reste le seul moyen de sauver la mère, avec quelques chances de succès.

5° D'après les faits observés ces chances de succès seraient très restreintes au cours des derniers mois de la grossesse. A ce stade, la trachéotomie pourrait encore laisser quelque espoir, si le cas n'est pas d'ores et déjà désespéré.

Le traitement des hémorroïdes.

Les hémorroïdes externes, celles qui sortent au moment des efforts de défécation ou de toux peuvent renfermer un thrombus, qu'il est facile d'exprimer sans douleur, grâce à une petite incision faite sous l'anesthésie locale. Elles sont quelquefois dues aussi à une inflammation plus ou moins chronique, que l'on traite avec succès au moyen de pommade ou de poudre aux sels de zinc.

Quant aux hémorroïdes internes, il convient de les exciser (Hill ne conseille pas le thermocautère) ou de les flétrir avec des injections d'acide phénique. Le traitement consécutif doit être l'objet d'une grande surveillance ; la première selle ne sera permise qu'au bout de 48 heures (donner un purgatif.)

Sur la pleurésie au cours de la fièvre typhoïde.

Il résulte des observations du Dr Heymanns (*Diss. Würzbourg*, 1904) que la pleurésie est une complication relativement fréquente de la fièvre typhoïde, plus fréquente que la pneumonie. C'est le plus souvent une pleurésie séreuse ; néanmoins, l'épanchement peut être séro-fibrineux, hémorrhagique, purulent, ou revêtir une forme mixte. Ces exsudats sont le plus souvent abondants. Il n'est pas prouvé que le le bacille d'Eberth soit le seul agent de cette complication. Quand celle-ci parvient à une période avancée de la dothiénentérie, il ne semble pas qu'elle ait une tendance particulière à la suppuration. Par contre, c'est tout au début qu'on observerait les pleurésies purulentes ou devant suppurer dans la suite. Le moment de leur apparition, leur durée, sont choses très variables. Plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, elles ne semblent pas atteindre un poumon de préférence à l'autre.

Cette inflammation pleurale est une complication grave au cours de la fièvre typhoïde.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'exercice illégal par les rayons X.

L'Académie de médecine vient de voter à l'unanimité les conclusions du remarquable rapport ci-dessous, que nous tenons à reproduire intégralement à l'intention de ceux de nos lecteurs qui seraient encore peu familiarisés avec ces questions.

Rapport

Sur les conditions légales de l'emploi médical des rayons Rœntgen au nom d'une Commission composée de MM. Brouardel, Debove, Gariel, Gueniot, Hanriot, Motet, C. Perier, Pouchet et

Chauffard, *rapporteur*.

Dans la séance du 23 mai dernier, M. le professeur Debove attirait l'attention de l'Académie sur les dangers de tous genres que pouvait présenter l'emploi des rayons Rœntgen, chez l'homme, par des personnes non autorisées légalement à exercer la médecine. Notre collègue nous rappelait en même temps que le *Congrès des rayons Rœntgen*, tenu à Berlin du 30 avril au 3 mai 1095, avait voté à l'unanimité la proposition suivante : « L'emploi des rayons Rœntgen, chez l'homme, est uniquement du ressort médical ».

La Commission que vous avez chargée d'examiner cette question n'a pas tardé à comprendre la grande importance de la tâche qui lui est dévolue.

On peut, en effet, dire que la proposition de M. Debove vient bien à son heure, que son opportunité, sa nécessité même, deviennent chaque jour plus pressantes ; les applications médicales de la radiologie ne cessent de s'étendre, mais aussi les dangers que peut susciter son emploi intempestif ou empirique nous apparaissent de plus en plus nombreux et redoutables.

Pour bien nous rendre compte de l'état actuel de la question, nous aurons à passer rapidement en revue l'évolution historique de la radiologie dans ses applications diagnostiques et thérapeutiques, à montrer quelles notions nouvelles nous ont été révélés par la pathologie expérimentale. Nous aurons ensuite à voir ce qu'est actuellement trop souvent la pratique radiologique, ce qu'elle doit être à l'avenir pour sauvegarder d'une façon efficace les intérêts des malades qui se confient à nos soins.

II. — Il y a dix ans, en décembre 1895, le professeur Roentgen faisait connaître à la Société physico-médicale de Wurtzbourg la découverte mémorable qui devait illustrer son nom. « Il montrait que la décharge d'une grosse bobine d'induction à travers un tube d'Hittorf ou de Crookes, dont le vide avait été poussé très loin, rend fluorescent un papier dont une face est recouverte de platino-cyanure de baryum : que ces rayons, de nature encore inconnue, pouvaient traverser toute une série de corps opaques ; si l'on tient la main devant l'écran fluorescent, les os projettent une ombre foncée et les tissus qui les entourent ne se dessinent que très légèrement. »

Cette découverte capitale, immédiatement vulgarisée et propagée par les journaux scientifiques et autres du monde entier, provoqua une émotion que nous n'avons pas oubliée. Dès la première heure, chirurgiens et médecins comprirent quelle arme admirable et d'une précision sans égale mettait en leurs mains cette méthode nouvelle. Presque immédiatement, les applications pratiques surgissaient en foule : recherche des balles, des corps étrangers ; examen des fractures, des luxations ; constatation directe des lésions tuberculeuses, des épanchements pleurétiques, des pneumothorax, des anévrysmes de l'aorte.

Le radio-diagnostic devenait ainsi le premier des bienfaits relevant de la découverte de Rœntgen, avec ses deux procédés : la radiographie et l'examen direct sur l'écran.

Au début, la radiographie paraissait, de ces deux méthodes, celle qui présentait les conditions les plus certaines de prévision et d'évidence ; mais, sous l'influence des travaux de M. le professeur Bouchard, de Béclère, les médecins virent peu à peu leurs idées se modifier. La radioscopie apparut de plus en plus comme un procédé de choix, préférable souvent, pour bien des motifs, à la radiographie. Examiner un organe sur l'écran fluorescent, c'est le voir, pour ainsi dire, vivre et fonctionner sous ses yeux : les pulsations du cœur et des gros vaisseaux, l'ampliation respiratoire des poumons, les mouvements du diaphragme, du foie, de la rate, quel spectable plus émouvant a jamais été offert à l'œil du physiologiste ou du médecin ! De plus quelle commodité d'examen ! L'observateur multiplie et varie à volonté l'axe de son examen ; son œil fait vraiment le tour de l'objet examiné, en précise ainsi les limites et voit dans quelles conditions la radiographie doit être faite si elle est jugée utile.

La radioscopie devient ainsi le guide préalable et nécessaire de toute radiographie. Celle-ci ne reprend toute sa supériorité que lorsque, faite par les procédés stéréoscopiques, elle nous donne, non plus seulement une image plane, mais une image en profondeur avec la mise en place de tous les plans traversés par les rayons Rœntgen.

Ajoutons enfin que, dans l'étude comparative de ces deux méthodes, il faut encore tenir compte de deux faits : l'examen radioscopique est le plus économique des procédés (et pour la pratique hospitalière un tel avantage est capital) ; d'autre part, il peut parfois être seul applicable, telle l'épreuve classique du cachet de bismuth pour le diagnostic des rétrécissements de l'œsophage.

Toutes ces recherches diagnostiques ont été faites d'abord un peu à tâtons, pourrait-on dire, avec des ampoules imparfaites et des durées très longues. Et alors, nouvelles surprises : des accidents tout à fait imprévus, et souvent très graves, apparaissaient : dépilation après les radiographies craniennes, lésions inflammatoires et nécrotiques des téguments très particulières par leur évolution, par la lenteur, souvent extrême, de leur guérison.

Dès lors, l'emploi des rayons Rœntgen sortait du domaine de la physique pure pour entrer dans celui de la biochimie. Une fois constatées ces *réactions cellulaires*, l'heure était bien proche des applications thérapeutiques.

On avait bien cherché, dès le début, à voir si l'exposition des cultures microbiennes aux rayons Rœntgen pouvait en atténuer la virulence, mais ces recherches premières restaient un peu empiriques jusqu'au jour où intervinrent, dans l'étude des nombreux problèmes suscités par la science nouvelle, les méthodes physiologiques et expérimentales.

Il existe aujourd'hui toute une pathologie expérimentale de la radiologie, et c'est sur elle que repose le grand espoir de la *radiothérapie*.

Ainsi, en dix ans, l'évolution de la radiologie s'est déroulée dans un ordre parfaitement logique : au point de départ, la constatation d'un fait physique, puis l'application successive de ce fait au diagnostic, à la thérapeutique empirique, à la pathologie expérimentale et enfin, comme couronnement de l'œuvre, à la thérapeutique scientifique.

Combien, en peu d'années, nous sommes loin du point de départ, et peut-être aussi encore du point d'arrivée. Chaque jour ouvre à la radiologie médicale et thérapeutique de nouveaux horizons, et nul ne peut limiter les progrès que nous permet d'espérer l'avenir.

Mais, en science comme ailleurs, toute conquête se paie, et nous avons vu à quels accidents, souvent

graves, pouvait exposer l'emploi des rayons Rœntgen. Or, il se trouve que ces accidents involontairement provoqués ont été singulièrement suggestifs, et ont souvent servi de guide aux applications thérapeutiques.

C'est ainsi que la dépilation, constatée comme une suite très fâcheuse de l'action des rayons Rœntgen sur le cuir chevelu est devenue la méthode de choix pour le traitement des teignes tondantes. Il me suffira de rappeler les beaux travaux de Sabouraud, qui a montré qu'une teigne tondante pouvait être guérie en une seule séance, par l'emploi de rayons strictement déterminés en quantité et en qualité. Quinze jours après la séance, la dépilation du cuir chevelu est totale, et les cheveux repoussent sains dix semaines après. Il suffit d'avoir connu l'ancien service des teigneux à l'hôpital Saint-Louis pour apprécier tout le bienfait social d'une pareille découverte.

De même, l'étude de ces lésions si spéciales des téguments, que nous appelons *les radiodermites*, devait logiquement conduire à la radiothérapie des tumeurs, et je n'ai pas à rappeler ici tous les travaux qui déjà ont été consacrés à cette grande question. Nous reviendrons sur ce point qui touche directement au fond même de la proposition de M. Debove.

Actuellement, la radiothérapie ne se contente plus d'attaquer les lésions en surface, évoluant à fleur de peau ; elle cherche à devenir plus pénétrante, à exercer ses actions cellulaires dans la profondeur même des tissus.

C'est que, en effet, des recherches toutes récentes de pathologie expérimentale ont montré que les rayons Rœntgen pouvaient provoquer des *effets profonds* que, jusqu'alors, on était loin de soupçonner.

De ces effets, les plus importants au point de vue du sujet qui nous occupe portent sur les éléments figurés du sang et sur les épithéliums de divers systèmes glandulaires et, en particulier, des glandes génitales.

Les premières recherches expérimentales consacrées à l'étude de l'action des rayons Rontgen sur le sang ont été publiées en 1903 par H. Heineke, de Leipsig ; cet auteur a montré que l'irradiation, pendant une série d'heures, des souris blanches ou des jeunes cobayes tue ces animaux dans un délai de sept à quatorze jours. La cause de la mort paraît être une leucolyse avec un aspect spécial de la rate qui devient très petite, très fortement pigmentée, présentant, histologiquement, une destruction des follicules spléniques avec mort des lymphocytes d'abord, puis des leucocytes polynucléaires. Le même processus de destruction s'observe simultanément dans tous les groupes des ganglions lymphatiques du corps, dans les follicules intestinaux, et, chez les jeunes animaux, dans le thymus.

Même destruction élective des lymphocytes et des follicules lymphatiques chez le chien, et cela même au bout d'un temps d'irradiation très court. Après un quart d'heure d'irradiation de l'abdomen avec une ampoule dure placée à faible distance, ce processus, chez un chien de taille moyenne, se constate déjà nettement.

Des recherches confirmatives du même genre ont, depuis, été faites par toute une série d'expérimentateurs. Les travaux de Helber et Linser, de Barmann et Linser, ont montré que les globules blancs se détruisaient non seulement dans les organes hématopoiétiques, mais aussi dans les vaisseaux ; que même les éléments lymphoïdes et myéloïdes de la moelle osseuse pouvaient être détruits, malgré la difficulté bien connue de pénétration des rayons Rœntgen à travers les couches osseuses. Au contraire, les globules rouges et l'hémoglobine paraissent très peu sensibles aux effets des rayons Rœntgen.

En France, les recherches de Ch. Aubertin et de E. Beaujard ont conduit à des constatations du même ordre.

Cette action élective sur les leucocytes devait logiquement conduire au corollaire thérapeutique, le traitement par les rayons Rœntgen des leucémies lymphogènes et myélogènes. En effet, depuis le cas célèbre, publié en Afrique par N. Senn, le 22 août 1903, la radiothérapie a été appliquée avec des succès variables à un nombre d'environ cent cas de leucémies, d'après un travail récent de notre collègue le professeur Lépine. Toujours l'action élective sur les globules blancs a été constatée, mais souvent d'une façon temporaire, si bien qu' « il reste encore douteux, dit M. Lépine, qu'on ait guéri radicalement, une leucémie. »

Par une autre application des propriétés leucolytiques de la radiothérapie, on a obtenu des succès tout à fait saisissants pour certaines splénomégalies, dans des cas de mycosis fungoïdes, de sarcomes, etc.

Toutes ces applications constituent de précieuses conquêtes à l'actif de la radiothérapie. Mais combien sont redoutables des méthodes aussi insidieusement destructrices, capables de venir atteindre, dans l'épaisseur des tissus, dans le sang circulant, des éléments indispensables à la protection de l'organisme, lymphocytes et polynucléaires ! Qui ne voit combien le danger est proche du remède, et avec quelle prudente précision doivent être conduites de pareilles tentatives thérapeutiques.

Dans une autre série de faits, cette même action histolytique des rayons Rœntgen a été constatée, portant cette fois sur divers appareils glandulaires et surtout, par une affinité toute spéciale, sur les glandes génitales. La première constatation de ce genre a été faite, en 1903, par M. Albers-Schonberg, qui a vu des cobayes, soumis pendant quelques heures aux rayons Rontgen, devenir stériles. En France, J. Bergonié et Tribondeau ont montré, dans toute une série de recherches parfaitement démonstratives, que le testicule du rat blanc exposé aux rayons X s'atrophie par résorption sur place de l'épithélium séminal dégénéré, que la glande, même après une seule exposition, devient complètement aspermatogène.

L'action destructive des rayons Rœntgen n'est pas moins complète pour les follicules ovariens que pour les organes mâles. Cette année même, M. Halberstadter constatait l'atrophie des follicules de Graaf après une série de quinze séances quotidiennes. De même, MM. Bergonié, Tribondeau et Récamier concluent de leurs expériences sur la lapine que les rayons X déterminent l'atrophie de l'ovaire, et cela à des doses peu élevées.

Ainsi azoospermie chez l'homme, stérilisation chez la femme, telles sont deux des plus redoutables révélations que nous apportent des expériences toutes récentes, et n'est-on pas en droit de dire qu'ici la Rœntgénisation déborde par ses conséquences le cadre des intérêts individuels ? qu'elle touche directement à la plus grave peut-être de toutes les questions sociales, à la reproduction de l'espèce ? Au Congrès de Berlin et dans une note transmise à l'Académie, notre confrère, le Dr Hennecart (de Sedan), montrait à très juste titre l'effroyable danger social que pouvait devenir un agent malthusien aussi secret, aussi insaisissable dans son application.

Tous ces dangers que nous venons de passer en revue, on comprend que le médecin radiographe puisse, à la longue, par la multiplicité de ses examens, être exposé à les subir presque au même titre que ses malades. Suivant l'expression de M. Béclère, « les rayons de Rœntgen, sont comme la lance d'Achille, ils blessent et ils guérissent ». Aussi a-t-on dû recourir à toute une série de moyens de protection contre les radiodermites, contre les radioconjonctivites, contre les lésions trophiques parfois fort douloureuses de la peau de la face dorsale des doigts et de la surface cornée des ongles, constituant ce qu'on appelle en Allemagne *la main de Rœntgen*, sans parler des troubles profonds que peuvent subir les organes hématopoiétiques ainsi

que l'appareil génital. Tout a été essayé pour la protection du radiologiste, depuis la petite cabine close de toutes parts, à parois doublées de plomb, dans laquelle s'abrite le Dr Albers-Schonberg, comme le commandant d'un navire de guerre dans sa tourelle blindée, jusqu'aux abris en forme de paravent, aux lunettes garnies de verre à base de plomb, aux gants doublés d'une couche pulvérulente de sous-nitrate de bismuth, etc.

Tout récemment, et dans le même but, M. Bergonié proposait une nouvelle méthode de protection dont le principe très simple consiste à placer tout l'entourage du malade au-dessus du plan horizontal prolongeant l'anticathode, tandis que le malade seul reste placé au-dessous de ce plan.

De même, en ce qui concerne les malades, si la radiothérapie, née en 1896, n'a pris que depuis 1903 une notable extension, c'est que, depuis ce moment seulement, les médecins ont possédé, avec le chromoradiomètre du Dr Holzknecht (de Vienne) et les instruments analogues, un moyen pratique qui leur permit de mesurer la quantité des rayons employés. Toute une série de dispositifs, que je n'ai pas à indiquer ici, permettent également de localiser l'action thérapeutique exclusivement sur les régions que l'on veut atteindre.

II. Voilà donc toute une science nouvelle créée par la collaboration féconde du physicien, du médecin, de l'expérimentateur. Il semble qu'au médecin seul devrait appartenir le droit de manier cette arme qui, chaque jour, nous apparaît plus puissante et plus redoutable dans ses effets.

Il n'en est rien. La radiologie, la radiothérapie elle-même, sont ouvertement pratiquées dans des conditions contraires aux lois qui règlent l'exercice de la médecine, livrées aux mains d'hommes souvent mal préparés à les manier, parfois même aux empiriques les plus grossiers. Et nous arrivons à cette conséquence que chaque nouveau progrès réalisé dans la technique multiplie et accroît les dangers d'un tel état de choses. Nos appareils deviennent de plus en plus puissants et pénétrants, et l'on pourrait presque dire qu'ils sont aujourd'hui, vis-à-vis des premiers appareils employés, ce qu'est un fusil de guerre moderne comparé aux mousquets de l'ancien temps.

Aussi comprend-on bien que l'heure est venue de pousser le cri d'alarme, et que les propositions du Congrès de Berlin et de notre collègue M. Debove constituent aujourd'hui une nécessité aussi bien au point de vue médical qu'au point de vue social.

Et cependant, à tout ce qui précède, peuvent être ajoutées d'autres considérations non moins concluantes. Elles nous montreront que seul le médecin est apte à obtenir de la radiologie tous les services qu'elle peut rendre pour le diagnostic comme pour le traitement des maladies.

Pour le *diagnostic*, tout d'abord, il est évident qu'un examen radiologique utile ne peut ni ne doit être un acte isolé. Pour qu'il soit fait dans des conditions utiles et vraiment scientifiques, il faut que le radiologiste fasse un examen général de son malade, qu'il demande à la clinique toutes les informations, toutes les directions qu'elle peut donner, qu'il fasse ensuite intervenir l'écran pour déterminer par la radioscopie l'état des différents organes, voir s'il y a lieu de pousser les choses plus loin et de recourir à une radiographie ; que celle-ci, si elle est jugée nécessaire, soit orientée et prise dans les conditions les plus convenables ; enfin, et surtout, il faut interpréter, c'est-à-dire traduire en langage physiologique et médical les images obtenues. Toute cette enquête peut-elle être menée à bien par un autre que par un médecin aussi exercé à la clinique générale qu'au maniement des appareils radiologiques ? Qui, mieux que le médecin, saura choisir le procédé le meilleur, le plus sûr, le plus économique aussi ? Qui sera plus porté que lui à prendre avant tout, et exclusivement, les intérêts de son client ? Le Dr Oudin me disait récemment que, en moyenne, sur cinq malades allant directement le trouver, sans lui être adressés par un médecin, pour se faire faire une radiographie, c'est tout au plus s'il trouvait une fois la chose vraiment utile. Pour les autres cas, la radioscopie seule était suffisante et parfois même non nécessaire.

D'autre part, *en soi*, une radiographie n'a pas de valeur scientifique absolue, c'est ce que l'on ne saurait trop répéter ; elle ne vaut que suivant la manière dont elle est faite d'abord et interprétée ensuite. Prenons l'exemple le plus simple en apparence, celui des fractures et des cals ; les communications faites à la Société de chirurgie, en 1899 et en 1900, par MM. Tuffier, Lucas-Championnière, Reynier, ont bien montré à quelles interprétations erronées et dangereuses pourrait conduire un examen radiographique insuffisant ou mal compris. Suivant la position de l'ampoule, les images obtenues peuvent être tout à fait différentes, donner des aspects et des déformations du cal des plus variables. Notre collègue Lucas-Championnière insistait, avec juste raison, sur les erreurs, aussi préjudiciables pour le malade que pour le chirurgien, qui sortent trop souvent de certaines officines radiographiques ; il citait des exemples de fausse fracture du fémur, soi-disant constatée par la radiographie, alors qu'elle n'existait nullement en réalité, d'une fracture du radius qui, sur la radiographie, avait été prise par un empirique pour une luxation d'un os du carpe. « Tout un monde de radiographes », dit notre collègue, tend à perpétuer dans le public les opinions les plus fausses sur les fractures et leur consolidation. Assurément, il n'est ici aucun de nos collègues en chirurgie qui ne puisse s'associer à cette déclaration, et lui apporter l'appui de plus d'une observation personnelle, citer des cas où une erreur de diagnostic radiologique a pu entraîner des infirmités ou des incapacités définitives.

Sur le terrain toujours si délicat des enquêtes médico-légales, les mêmes réserves doivent être faites. Trop souvent, les tribunaux sont enclins à accepter des radiographies comme des documents irréfutables et dont l'examen seul suffit à entraîner la conviction. Or, il faut bien savoir que la loi récente sur les accidents du travail a déjà bien souvent pu donner lieu à de graves abus, que des radiographies douteuses, pour ne pas dire truquées, ont pu être invoquées à l'appui des demandes formulées ; que, dans certains cas même, des rapports médico-légaux ont pu être battus en brèche à l'aide de radiographies faites par des personnes étrangères à la médecine, et qui, mal interprétées, admises sans contrôle, ont pu aux yeux de magistrats parfois insuffisamment éclairés, passer pour des preuves décisives.

Répétons donc qu'une radiographie n'a de valeur scientifique que si elle porte avec elle son *certificat d'origine*, et si elle est commentée et interprétée par un médecin. Toute autre manière de faire exposerait aux erreurs les plus graves et les plus préjudiciables.

D'autre part, une radiographie est un document figuré qui comporte une sorte d'emprise directe sur l'individu radiographié. C'est quelque chose de la personnalité même de celui-ci qui est ainsi pris sur le fait et soumis par cela même à l'examen de l'opérateur. On comprend, dès lors, que l'emploi d'une radiographie puisse tomber sous le coup du secret médical le plus nécessaire et le plus strict.

Voici, par exemple, un sujet atteint de tuberculose pulmonaire au début, présentant dans l'un ou l'autre de ses sommets une opacité caractéristique. Ne voit-on pas tout de suite quel préjudice sérieux la divulgation ou l'emploi abusif d'une telle radiographie pourrait produire ?

Il en va de même, à plus forte raison, pour les lésions osseuses de la syphilis, et j'ai dans mon dossier l'histoire d'un malade qui, atteint d'exostoses, refusa de se laisser conduire chez un radiographe non médecin, donnant pour raison que, si ses exostoses étaient de nature syphilitique, l'industriel qui en aurait constaté l'existence ne serait pas lié

par le secret professionnel. Ce malade raisonnait à coup sûr très sagement, car seul, par ses traditions professionnelles aussi bien que par l'obligation légale, le médecin est tenu au secret absolu et sait qu'il n'a en aucun cas le droit de s'y soustraire.

Le radiodiagnostic est donc à tous égards un acte d'ordre strictement médical, que seul le médecin peut mener à bien, que seul, par cela même, il doit avoir le droit de faire. Tous les radiologistes sont d'accord sur ce point ; M. Béclère a bien des fois exposé toutes les raisons qui militent dans ce sens, et le Dr Barret, dans une note qui nous a été transmise par notre collègue, M. C. Perrier, apporte aussi les arguments les plus convaincants.

Encore dans tout ce qui précède n'avons-nous pas tenu compte de la production possible de radiodermites. Sans doute, cet accident si redoutable était, au début de la radiologie, beaucoup plus fréquent qu'aujourd'hui. Il n'en reste pas moins toujours possible, soit par le fait d'applications imprudentes ou trop prolongées, soit par des réactions individuelles dont un médecin prudent saura toujours se méfier.

Si nous passons maintenant aux applications de la *radiothérapie*, nous rentrons encore plus dans le domaine de la médecine pure et de la pratique souvent la plus difficile.

Prenons, par exemple, un malade atteint d'une lésion cancéreuse superficielle et qui n'est encore qu'au début de son évolution. Faut-il l'opérer, ou faut-il au contraire le soumettre aux rayons Rœntgen ? Apprécier, peser les indications respectives de ces deux méthodes, n'est-ce pas là un jugement délicat entre tous et que seul le clinicien pourra porter ? Seul, en effet, le médecin a le droit d'intervenir des deux façons ; il dispose aussi bien du bistouri que de l'ampoule radiographique, et son choix ne sera dicté que par ce qu'il supposera être l'intérêt bien entendu de son malade. Il n'ignorera pas que si la radiothérapie est souvent d'une efficacité merveilleuse contre certaines lésions néoplasiques, il en est d'autres, au contraire, dont elle peut aggraver l'évolution. Nos confrères en chirurgie savent bien, par exemple, quelles déceptions a données le traitement par les rayons X des cancers de la langue ; bien loin d'être améliorés, ceux-ci ont subi souvent une très rapide aggravation.

Supposons même que le choix soit fait et que la radiothérapie ait été jugée préférable à l'intervention opératoire Comment devra-t-on l'appliquer ? car il ne saurait s'agir, en pareil cas, d'une formule uniforme. Le traitement de chaque cas particulier doit être *individualisé*, suivant une série de conditions : siège, nature et ancienneté de la lésion, âge et état général du malade, etc. Il en va des applications radiothérapiques comme du traitement de la syphilis par le mercure. Le médicament est bien le même dans tous les cas, mais combien de manières différentes de le doser, de l'adapter aux nécessités individuelles de chaque malade. Le grand progrès actuel que fait chaque jour la radiothérapie, c'est d'apprendre à doser avec une rigueur de plus en plus précise la *quantité* et la *qualité* des rayons employés. De même qu'il y a une posologie médicamenteuse, il existe aujourd'hui une véritable *posologie radiologique*. N'est-il pas évident que seul, le médecin peut examiner et trancher ces questions si délicates, et que ce n'est qu'à cette condition que la radiothérapie peut être une méthode scientifique dans ses procédés, efficace dans ses résultats.

Ce n'est qu'à cette condition aussi que pourront être évités les accidents dont nous avons déjà parlé, ces radiodermites aux effroyables conséquences, ou pourrait presque dire plutôt ces radionécroses, toujours si lentes dans leur évolution n'ayant aucune tendance naturelle à la guérison, et qui font le désespoir des malades et des médecins.

Ainsi, dès maintenant, dangers individuels et péril social nous apparaissent comme des raisons décisives de réserver au seul médecin la pratique de la radiologie. Beaucoup de ces notions sont toutes récentes encore ; mais qui sait ce que demain nous réserve, quelles actions nouvelles peuvent nous être encore révélées ! C'est une force inconnue qui entre en jeu, et bien hardi qui pourrait dès maintenant lui fixer les limites qu'elle ne pourra pas franchir.

L'avenir doit être pleinement réservé et, pour cela, nous ne disposons que d'un seul moyen, ne pas laisser aux mains de tous cet engin si redoutable de la radiothérapie.

Nous pourrions en dire autant d'une méthode thérapeutique à applications sans doute plus modestes et jusqu'à présent plus restreintes, mais du même ordre, le traitement par *radium*. Lui aussi ne peut être appliqué qu'avec autant de discernement que de prudence et, récemment, M. Danlos montrait que dans le traitement des cancroïdes par le radium l'amélioration obtenue d'abord pouvait, si les applications étaient trop répétées, faire place à une aggravation de la lésion (1).

Si, comme on l'a dit, le traitement par le radium est une radiothérapie de poche, il n'en expose pas moins au mêmes accidents locaux, et il doit être soumis à des règles identiques dans ses applications médicales.

III. — L'emploi médical de la radiologie devrait donc être réservé exclusivement aux médecins ; au lieu de cela, elle est jusqu'à présent, contrairement à la loi sur l'exercice de la médecine, *une industrie libre*, c'est-à-dire ouverte au premier venu, sans garanties ni de moralité, ni d'aptitude professionnelle. C'est dire qu'elle peut prêter à tous les abus, à tous les dangers. Quels exemples, qui seraient comiques s'ils n'étaient au fond très tristes, ne pourrait-on pas citer ! Voici une rhumatisante à qui un bandagiste (qui cumulait en outre les fonctions d'orthopédiste, d'opticien, de masseur et de radiologiste), montre la radiographie d'un os sésamoïde du pouce, et lui persuade qu'il s'agit d'un tophus goutteux. Voici une grande ville du Nord où un de nos confrères voit, à coté de son domicile, un marchand de vins faire ouvertement des radiographies. Dans une autre ville, c'est un photographe qui s'est improvisé radiologiste, et un de nos confrères nous cite le cas d'un malade atteint de chancre syphilitique de la lèvre, traité et guéri par le photographe pour un soi-disant cancer labial. Inutile de multiplier de tels exemples, ils ne nous montrent que trop en quelles mains ignorantes et immorales peut tomber actuellement la pratique radiologique.

Sans doute, de tels abus sont surtout possibles dans les petites villes, dans des localités où souvent aucun médecin ne possède d'appareils radiologiques.

A Paris, dans les grandes villes, nous sommes à coup sûr bien partagés, et nous serions inexcusables d'adresser nos malades à des empiriques alors que nombre de nos confrères, aussi recommandables par leur délicatesse professionnelle que par leur parfaite compétence, peuvent nous apporter le concours le plus éclairé.

Il est cependant un point sur lequel, à Paris, la question devient très délicate et soulève, au point de vue des personnes aussi bien que des droits acquis par des services rendus depuis déjà longtemps, de sérieuses difficultés; je veux parler des conditions dans lesquelles se pratique la radiologie dans nos hôpitaux. La critique que j'en veux faire ici doit rester tout impersonnelle.

Lorsque nos premiers laboratoires de radiologie ont été créés dans nos hôpitaux, il s'agissait d'une science nouvelle, de l'emploi d'appareils avec lesquels presque aucun médecin n'était encore familiarisé. Nul ne prévoyait qu'au radiodiagnostic s'associerait bientôt la radiothérapie. C'était un physicien qui avait créé cette science nouvelle, c'est à des physiciens que l'on demanda d'installer les pre-

(1) Un jeune confrère est mort récemment des suites d'une plaie produite par du radium imprudemment porté dans sa poche.

miers laboratoires et d'en diriger les travaux. Je ne contesterai rien des services qu'ils ont rendus. Mais aujourd'hui, il faut avouer que la situation n'est plus la même, que des dangers insoupçonnés d'abord ont été révélés par la pratique, et qu'enfin et surtout l'avènement de la radiothérapie a créé un ordre de choses tout nouveau.

Quand chacun de nos hôpitaux sera pourvu d'un laboratoire de radiologie, création qui s'impose et ne saurait être indéfiniment ajournée, à qui pourra être confié utilement et sans danger le traitement des malades soumis à la radiothérapie ? On peut répondre que, d'une façon à peu près générale, les chefs de services ne pourront pas se charger de l'application du traitement. Ils n'auraient pour cela ni le temps disponible, ni l'habileté technique que donne seule la pratique journalière de méthodes aussi délicates. A plus forte raison, et pour des motifs analogues, en sera-t-il de même pour les internes. C'est donc le chef du laboratoire radiologique qui seul aura compétence et qualité pour diriger les radiothérapies qui lui seront demandées. Mais quelle sera la situation de ce chef de laboratoire s'il n'est pas lui-même médecin. Déjà nous savons, par expérience, que des laboratoires de radiologie dont le directeur n'est pas un médecin on ne peut guère obtenir que des radiographies, que la radioscopie est loin de leur être familière, au moins en ce qui concerne les examens médicaux des organes intrathoraciques. Leur demander des interventions thérapeutiques serait les mettre aux prises avec des difficultés dont tout ce que nous avons dit plus haut montre l'étendue, leur faire encourir en outre de très graves responsabilités, puis qu'ils se livreraient à un véritable exercice illégal de la médecine, sans aucun diplôme qui leur confère un droit d'exercice et une protection.

Nous sommes donc toujours ramenés à la même conclusion : seuls, les médecins ont qualité pour pratiquer la radiologie. En dehors de cette solution si fructueusement appliquée dans les hôpitaux de la plupart des grandes villes étrangères, tout devient irrégulier, dangereux, contraire en outre à l'esprit et à la lettre de la loi. Que dit, en effet, la loi sur l'exercice de la médecine promulguée en 1892 ? L'article 16 est formel, et je vous en rappelle le texte : « Exerce illégalement la médecine : toute personne qui non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la présente loi, prend part, habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée » Rien n'est plus décisif qu'un pareil texte. Déjà, en ce qui concerne le diagnostic, la jurisprudence admet que cette partie la plus importante et la plus délicate de l'art médical est exclusivement réservée au médecin. A plus forte raison, tout traitement radiothérapique pratiqué ou dirigé par une personne non munie d'un diplôme médical constitue l'exercice illégal le plus avéré de la médecine.

Il y a donc là une situation irrégulière, ambiguë, dont la prolongation ne peut paraître que regrettable et dangereuse.

Si donc, comme nous l'espérons, l'Académie se rallie à la proposition de M. Debove, seuls les médecins, ou les dentistes diplômés en ce qui concerne la pratique odontologique, doivent être autorisés à appliquer les rayons Röntgen au diagnostic et au traitement des maladies. La radiologie leur appartient aussi indiscutablement que les autres branches des sciences médicales ; leur en réserver la pratique exclusive, c'est prendre non seulement leurs intérêts, mais, ce qui importe beaucoup plus, les intérêts des malades et de la société.

L'Académie sera dans son rôle de protectrice de la santé publique en adoptant et en appuyant de sa haute autorité la proposition qui a été soumise par M. Debove.

En conséquence, votre Commission propose à l'Académie l'adoption des conclusions suivantes :

Considérant :

Que l'emploi médical des rayons Rœntgen peut déterminer des accidents graves :

Que certaines pratiques peuvent créer un danger social ;

Que, seuls, les docteurs en médecine, officiers de santé ou dentistes diplômés (en ce qui concerne la pratique odontologique) sont capables d'interpréter les résultats obtenus au point de vue du diagnostic et du traitement des maladies.

L'Académie est d'avis que :

L'application médicale des rayons Rœntgen, par des personnes non pourvues des diplômes ci-dessus, constitue un acte d'exercice illégal de la médecine.

M. le Président informe l'Académie que le rapport de M. Chauffard sera discuté dans la prochaine séance.

Il ne faudrait pas croire, comme ont paru le craindre quelques publicistes, que l'Académie ait obéi à un mouvement trop enthousiaste en faveur de l'intérêt professionnel du corps médical. Non, la discussion a été ce qu'elle devait être, c'est-à-dire approfondie et inspirée par la préoccupation de la sécurité publique. MM. Pinard et Régnier ont précisément mis en garde leurs collègues contre tout emballement, en atténuant ce qui pouvait paraître trop absolu dans les affirmations du rapporteur. Mais ils ne s'en sont pas moins ralliés à l'opinion de la Commission après les répliques de MM. Brouardel et Chauffard.

Ainsi que l'a fait le 17 février l'Union des Syndicats médicaux, le *Concours* ne peut qu'applaudir à la décision de l'Académie, qui vient ainsi de préluder très heureusement aux travaux que le *Congrès d'exercice illégal* du mois de mai prochain mènera certainement à bien, quoique l'ensemble du corps médical ne se passionne pas assez pour son succès.

CHRONIQUE DU « SOU MÉDICAL »

La sérothérapie préventive dans la diphtérie et la loi de 1902.

M. le Dr J. Camescasse (de St-Arnoult, S.-et-O.) fit poser, il y a deux ans, par le « Sou médical », au ministère de l'Intérieur, la question suivante qui se débattait entre son maire et son préfet, comme il nous en fit le récit humoristique dans le journal :

« Le paiement des injections préventives en cas d'épidémie est-il dépense obligatoire prévue par l'article 26 de la loi de 1902 ? »

On promit d'étudier la question ; on le fit longuement ; la circulaire suivante a répondu :

Paris, le 16 novembre 1905.

LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

A MESSIEURS LES PRÉFETS

Monsieur le préfet,

J'ai eu à envisager le point de savoir si les dépenses résultant de la pratique de la sérothérapie antidiphtérique préventive ne devaient pas donner lieu à l'application des règles prévues par l'article 26 de la loi du 15 février 1902, au point de vue de leur répartition entre les communes, les départements et l'Etat, conformément aux barêmes de la loi du 15 juillet 1893.

Le haut intérêt de la question ne saurait être méconnu en présence des résultats remarquables qui ont été obtenus par ce mode de prévention, partout où il a été pratiqué, et du devoir qui s'impose à l'administration d'en faciliter l'application par les moyens dont elle dispose.

Dans sa séance du 8 avril 1902, l'Académie de médecine a formulé sur l'efficacité des injections préventives du sérum antidiphtérique, au point de vue de l'immunisation des enfants exposés à contracter la diphtérie, et de la prophylaxie de cette redoutable maladie dans les familles, écoles, crèches, etc., où elle se serait manifestée, des conclusions qu'il importe de reproduire ici :

« 1° Les injections préventives de sérum (à la dose de 5 ou, au plus, de 10 centimètres cubes) ont une action manifeste ; elles produisent l'immunisation chez les enfants exposés à contracter la diphtérie. Elles n'ont jamais donné lieu à des accidents sérieux et produisent tout au plus, dans un certain nombre de cas, des éruptions passagères, plus rarement encore quelques douleurs articulaires. Malheureusement la période d'immunisation n'a qu'une durée peu prolongée, trois ou quatre semaines au plus. Dans les cas rares où, malgré l'injection, la diphtérie est survenue, elle était particulièrement bénigne ;

« 2° Les injections de sérum sont spécialement indiquées dans les familles où s'est développé un cas de diphtérie, pour préserver de la contagion les autres enfants ;

« 3° Les injections préventives sont également indiquées pour les enfants appartenant à une agglomération (école, crèche, salle d'hôpital) dans laquelle a été signalé un cas de diphtérie ;

....

« 5° La pratique des injections préventives ne dispense nullement des autres mesures prophylactiques (désinfection et isolement), mais elle les rend à la fois plus faciles et plus efficaces. »

Déjà le Comité consultatif d'hygiène publique de France, appelé à reviser les instructions prophylactiques concernant la diphtérie en octobre 1901, avait consacré à la prévention par l'emploi du sérum, dans le rapport de MM. les Drs Proust et Roux, un chapitre des plus précis et commençant par cette phrase :

« De tous les moyens préventifs, le plus efficace consiste à injecter à toutes les personnes qui ont été exposées à la contagion 5 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. »

En présence de telles indications, l'autorité sanitaire ne peut évidemment hésiter à mettre le précieux moyen préventif dont il s'agit à la disposition des intéressés.

Il appartient notamment à MM. les maires, dès l'apparition des premiers cas d'épidémie diphtérique et de concert avec le corps médical, soit de recommander aux familles les inoculations préventives, soit d'en assurer l'application dans les conditions des plus rapides, de telle sorte qu'en pareil cas la sérothérapie antidiphtérique soit mise immédiatement à la disposition des populations au même titre que la vaccine antivariolique pour les adultes.

Si, en effet, cette mesure ne peut être prescrite d'une manière obligatoire, il ne s'ensuit pas qu'elle doive être largement préconisée et facilitée, pour être accessible à tous sans délai et avec les garanties nécessaires. L'action des médecins-inspecteurs des écoles, celle des médecins des épidémies, est toute indiquée pour s'exercer sur ce terrain en s'inspirant des hauts enseignements qui viennent d'être rappelés et des excellents résultats obtenus.

La sérothérapie antidiphtérique préventive doit donc être considérée comme un moyen prophylactique particulièrement efficace, faisant partie intégrante des mesures dont la mise en œuvre entre dans les attributions sanitaires confiées aux autorités municipale ou préfectorale par la loi du 15 février 1902 et notamment par son article premier. A ce titre, les frais en résultant doivent être compris parmi les dépenses prévues par l'article 26 de la dite loi, à charge collective des communes, des départements et de l'Etat, de manière à ce qu'ils ne puissent jamais être un obstacle à l'application des mesures envisagées.

Je vous prie, Monsieur le préfet, de porter les considérations et instructions qui précèdent à la connaissance de MM. les sous-préfets et médecins des épidémies, et en particulier des maires des communes dans lesquelles des cas de diphtérie auraient été récemment ou seraient à l'avenir signalés. Vous voudrez bien en tenir compte d'autre part dans le contrôle et le règlement des dépenses relatives à la santé publique.

Pour vous en faciliter l'exécution, je vous adresse plusieurs exemplaires tant de la présente circulaire que de l'instruction prophylactique contre la diphtérie qui doit l'accompagner ; l'un des doubles exemplaires est destiné à chacune des sous-préfectures de votre département.

Je vous serai obligé de m'accuser réception du dit envoi.

Le ministre de l'intérieur,

F. DUBIEF.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'Etude des Eaux de Néris, gisement hydrominéral, ses ressources et propriétés thérapeutiques, par le docteur A. DUCROS, médecin de l'Hôpital thermal.

Manuel des maladies des reins et des capsules surrénales, sous la direction de MM. G.-M. Debove, Doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine; Ch. Achard, Professeur agrégé à la Faculté, Médecin des hôpitaux ; J. Castaigne, chef de laboratoire à la Faculté, médaille d'or des hôpitaux; par MM. Castaigne, E. Feuillié, A. Lavenant, M. Lœper, P. Oppenheim. F. Rathery, 1 vol. in-8° de VIII-792 pages, avec figures dans le texte : 14 francs.

Ce *manuel des maladies des reins et des capsules surrénales* arrive bien à point pour classer les nombreux travaux qui ont été publiés dans ces dernières années.

En peu de temps, en effet, a paru toute une série de recherches sur la perméabilité rénale, sur le mécanisme régulateur de la composition du sang, sur la pathogénie des œdèmes et de l'hypertension artérielle, sur la débilité rénale, sur le régime déchloruré, sur le traitement chirurgical des néphrites. De même, le rôle des capsules surrénales et l'étude de ces maladies se sont singulièrement précisés dans ces dernières années. On sait maintenant, en effet, que les lésions des surrénales peuvent produire différentes formes morbides, alors que, naguère encore, on croyait que la maladie d'Addison résumait toute leur pathologie.

Il était nécessaire, dans ces conditions, de modifier la description classique des maladies des reins et des capsules surrénales, en tenant compte de toutes ces acquisitions nouvelles.

C'est le but que se sont proposé les collaborateurs du Manuel et qu'ils ont atteint, en faisant preuve d'une grande clarté d'exposition jointe à un sens

critique très judicieux et à une compétence qu'ils avaient acquise par leurs travaux antérieurs sur cette partie de la science médicale.

Les néphrites, l'albuminurie, l'urémie, ainsi que toutes les inflammations non spécifiques des reins ont été traitées par M. Castaigne, qui depuis ses premiers travaux sur la perméabilité rénale publiés avec M. Achard en 1896, n'a cessé d'entreprendre toute une série de recherches sur la pathogénie des reins. Il a demandé la collaboration de M. Feuillé pour les questions délicates de chimie urinaire, et il a résumé avec M. Rathery les travaux qu'ils avaient faits en commun sur l'histologie et la physiologie du tube contourné.

Nul n'était plus autorisé que M. Castaigne pour exposer les récentes découvertes auxquelles il avait collaboré ; il l'a fait avec une précision et une clarté qui rendent les questions qu'il a traitées faciles à comprendre et à retenir. Les deux premiers tiers du Manuel ont été écrits par lui et constituent une œuvre scientifique et didactique de premier ordre, dans laquelle on trouvera un exposé pratique de toutes les maladies des reins.

Il faut faire une exception pour la syphilis et les tumeurs du rein, l'hydronéphrose et le rein flottant; ces sujets ont été traités par M. Rathery dont la remarquable thèse avait précisé toute une série de points concernant ces différentes maladies. C'est ce même auteur qui a décrit la lithiase rénale en s'assurant la collaboration chirurgicale de M. Lavenant, afin que toutes les phases de la maladie puissent être étudiées avec compétence. Enfin, la pathologie des capsules surrénales est l'œuvre de MM. Loeper et Oppenheim qui avaient, sur ce sujet, une autorité toute particulière, en raison de nombreux travaux qu'ils avaient fait au triple point de vue de la pathologie expérimentale, de la clinique et de la thérapeutique. Ils ont pu ainsi, grâce aux connaissances qu'ils avaient antérieurement acquises, ajouter un chapitre véritablement nouveau à la pathologie.

On conçoit que, dans de telles conditions, tous les collaborateurs de ce manuel étaient bien placés pour exposer, d'une façon précise et en connaissance parfaite de cause, les travaux récents qui ont si profondément modifié la description des maladies des reins et des capsules surrénales, et l'on peut dire que la mise au point qu'ils en ont faite est exellente à tous égards. Et, ce qui ajoute encore au grand mérite des auteurs, c'est que tout en n'omettant d'exposer aucune des découvertes récentes, ils ont réussi cependant à faire un livre didactique et essentiellement pratique où l'étudiant apprendra et comprendra la pathologie rénale et surrénale, ou le médecin trouvera les indications précises sur lesquelles on doit se baser pour porter un diagnostic et prescrire un traitement.

D'arsonvalisation et hypertension artérielle, par A. Challamel. (Challamel, éditeur).

Voici les conclusions de ce travail :

L'hypertension artérielle, dans les différentes affections au début ou au cours desquelles elle apparaît doit être considérée en général comme un signe morbide. Il y a donc lieu de la rechercher pour la combattre.

La d'Arsonvalisation, ou autoconduction, par son action efficace, énergique, rapide, et qui semble constante et durable si le malade suit un régime convenable paraît donner actuellement, dans le traitement de l'hypertension artérielle transitoire, aussi bien que dans celui de l'hypertension artérielle permanente, des résultats meilleurs que les médications employées jusqu'ici.

L'action hypotensive de la d'Arsonvalisation est primitive et n'est pas précédée d'une phase de surélévation de la pression.

A la suite de ce traitement, nous avons constaté des modifications de certains signes physiques, notamment une réduction de volume du cœur hypertrophié, et l'amélioration de quelques symptômes fonctionnels.

Mais nos observations, les premières qui aient été publiées dans ce sens, ne sont pas encore assez nombreuses pour que nous soyons autorisé à en tirer des conclusions formelles.

Certains faits cliniques, que nous avons découverts, nous ont cependant amené à tenter une interprétation de l'action physiologique de la d'Arsonvalisation.

Au point de vue thérapeutique, l'examen de la tension artérielle donnera les indications pour l'emploi de cette méthode et permettra de ne pas dépasser le but.

L'hypertension artérielle peut parfois se rencontrer dans la tuberculose. L'existence de cette affection semble être une contre-indication à l'emploi de la d'Arsonvalisation.

A moins d'indications particulières, ce mode de traitement ne devra pas être utilisé dans les affections à hypotension artérielle.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques.

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs : Allary, de Leucate ; Bernard, de Dinard ; Carton, de Mehun-sur-Yèvre ; Delpierre, d'Ansauvillers ; Dupret, de Groslay ; Fillon, de la Roche-sur-Yon ; Gilson, d'Angoulême ; Lagarde, de Vals-les-Bains ; Leuillieux, de Conlie ; Levassort, de Paris ; Marcailhou d'Aymeric, de Blida ; Mattrais, de Chinon ;

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs : Beaudonnet, de Septfonds ; Bigex, de Romilly-sur-Seine, Boyer, de Paris ; Bruet, de Louvres ; Canda, de Norrent-Fontes ; Chanfreau, de Pointis-Inard ; Colonna de Paris ; Coriveaud, de Blaye ; Debray, de Laon ; Despeignes, des Echelles ; d'Hôtel, de Charleville ; Jean Fabre, du Puy ; Faille, de Fismes ; Gascuel, du Havre ; Gorez, de Lille ; Greuet, de Maisons-Laffite ; Hannion, de Nogent-sur-Vernisson ; Le Faguays, de Nantes ; Lefebvre, de Bohain ; Legrand de Verneuil ; Lequibin, d'Oisemont ; Malençon, de Sainte-Mère-Eglise ; Maugue, de Martres-de-Veyre ; Mazoyer, de Villefort ; Pellerin, de Neuilly-le-Réal ; Peretti, de Sartène ; Petit, de Paris ; Prat-Flottes, de Toulon ; Quéry, de Paris ; Rapine, de Marseille ; Raynaud, de St-Etienne ; Mlle Roussel de Rouen ; Sarda, d'Annonay ; Stef, de Paris, Traxit, de St-Flour.

Chevaliers du Mérite agricole. — MM. les docteurs Cazaux, de Langotran ; Gemin, de Châteaubriant.

La direction du « Concours » adresse aux nouveaux dignitaires et fidèles lecteurs, ses sincères félicitations.

Les femmes médecins et les concours. — Une intéressante question vient d'être resolue par M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur. Les femmes pourvues du diplôme de docteur en médecine pourront désormais prendre part aux concours de médecin des asiles d'aliénés. La logique et le simple bon sens s'accordaient à faire admettre que les femmes, autorisées aujourd'hui à conquérir le diplôme de docteur en médecine et les fonctions d'externes et d'internes des hôpitaux et des asiles, qui peuvent, à Paris, concourir pour devenir médecin de l'assistance à domicile et sont agréées par nombre d'administrations, puissent devenir médecins des asiles d'aliénés. Il n'en était pas pourtant ainsi. Il a fallu que Mlle Madeleine Pelletier, docteur en médecine et interne à l'asile de Villejuif, écrivit au ministre de l'intérieur pour solliciter l'autorisation de prendre part aux concours des médecins des asiles jusqu'ici fermés aux femmes.

M. Mirman, en donnant satisfaction à la demande

très légitime de Mlle Madeleine Pelletier, a fait suivre sa décision de la seule opinion qu'un homme à l'esprit large peut avoir sur pareille question : à savoir : « qu'il n'y a aucune raison de mettre des barrières à l'activité des individus en raison de leur sexe et que la capacité seule doit être prise en considération».

Nous souhaitons à Mlle Pelletier un brillant concours et nous espérons qu'au cas échéant on suivra ce précédent libéral aux concours de médecin des hôpitaux, et à ceux de l'agrégation.

J. Noir.

(*Progrès médical.*)

La réduction de tarif aux syndiqués pour leurs réunions. — L'attention du ministre des travaux publics, dit le *Temps*, a été appelée sur les conditions dans lesquelles seraient accordées, sur les grands réseaux de chemins de fer, aux membres de divers syndicats voyageant isolément pour se rendre au lieu habituel de leurs réunions périodiques, des réductions de 50 0/0 sur le prix ordinaire des places. Ces réductions seraient accordées à certaines associations et refusées à d'autres. Il y aurait là des inégalités de traitement absolument inadmissibles.

Pour remédier à la situation, M. Gauthier vient d'inviter le directeur des chemins de fer de l'Etat et les administrateurs des compagnies à soumettre à son homologation une proposition tendant à réaliser sur ce point l'égalité de traitement voulue par le cahier des charges.

Il est de fait que nous nous sommes toujours demandé pourquoi nos diverses sociétés professionnelles étaient différemment traitées par les compagnies ; pourquoi, notamment, l'Union des Syndicats médicaux et le Concours médical furent toujours blackboulés, tandis que l'Association générale et les Congrès scientifiques obtenaient le 50%.

Le dossier sanitaire des conscrits. — La nouvelle loi militaire a apporté de nombreuses modifications dans le fonctionnement des conseils de revision. Une des modifications les plus intéressantes consiste dans l'établissement, pour les conscrits qui en feront la demande, d'un dossier sanitaire.

Jusqu'à présent les conscrits pouvaient présenter au conseil de revision, mais à titre purement officieux, des certificats médicaux à l'appui des réclamations qu'ils avaient à formuler.

Il n'en sera plus de même maintenant. En effet, pour les conscrits qui en feront la déclaration à la mairie de leur commune, il sera établi un dossier sanitaire contenant les certificats déposés par l'intéressé.

Ce dossier devra être soumis au conseil de revision, et si malgré les infirmités ou maladies invoquées l'inscrit est déclaré bon pour le service, son dossier sanitaire devra le suivre après son incorporation et être conservé par le corps auquel il sera affecté et transmis à chaque mutation à son nouveau corps.

Pour cette année, le dossier sanitaire devra être constitué au plus tard le 15 février prochain (art. 10 de la loi du 21 mars 1905).

Suppression de l'héritage en ligne collatérale. — La commission de législation fiscale de la Chambre a décidé à l'unanimité de demander l'incorporation dans la loi de finances pour 1906 des dispositions qu'elle a élaborées, et tendant à la suppression de l'héritage en ligne collatérale.

Elle a désigné M. Maurice Viollette comme rapporteur.

Mais alors, plus d'oncles d'Amérique ?

Société des médecins inspecteurs des écoles de la ville de Paris et de la Seine. — Bureau pour 1906 ; Président : Dr L. Gourichon ; Vice-présidents : Dr Cayla, Doury, de Pradel ; Secrétaire général : Dr Butte ; Trésorier : Dr Georges Lévy ; Secrétaires : Dr Biard, Meyer.

La propriété des thèses de doctorat. — La dixième chambre correctionnelle du tribunal de la Seine vient de prononcer une condamnation à 100 francs d'amende et 500 francs de dommages et intérêts contre l'éditeur et le secrétaire d'une revue qui avaient cru pouvoir reproduire une thèse sans avoir demandé le consentement de l'auteur.

Asiles d'aliénés. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris le lundi 19 mars 1906.

Les candidats devront être français et docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas avoir trente-trois ans révolus le 1er janvier qui précède le concours ; ils devront justifier d'un stage d'une année, au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chefs de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Elle devra parvenir le lundi 19 février 1906 au plus tard, au ministère de l'Intérieur (1er bureau de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès) qui est exclusivement chargé de l'organisation du concours.

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de services, d'un exposé de ses titres, d'un résumé restreint de ses travaux, du dépôt de ses publications, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Le *Journal officiel* du 25 janvier publie les conditions pour l'admission des candidats à ce concours

Faculté et Hôpitaux.

Un concours pour la nomination à deux places d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert, le lundi 9 avril 1906 à midi dans la Salle des Concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les Docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, de midi à 3 h., du jeudi 1er mars au samedi 24 du même mois inclusivement.

M. Queyrat commencera, le jeudi 8 février à 10 h. 1/2, des Conférences sur les maladies vénériennes et les maladies de la peau à l'hôpital Cochin (annexe). Les conférences seront suivies de présentation de malades et de démonstrations bactériologiques. Elles se continueront les jeudis suivants à la même heure.

— M. F. Widal reprendra ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Cochin le lundi 5 février à 10 h. 1/2 et les continuera les lundis suivants à la même heure.

— M. Gilbert-Ballet reprendra ses leçons sur les maladies nerveuses le dimanche 4 février à 10 heures, amphithéâtre Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Consultation externe et policlinique pour les maladies nerveuses et mentales le samedi à 9 h. 1/2 (Salon de la salle Sainte-Anne).

— M. E. Dupré, agrégé, a commencé son cours de psychiâtrie médico-légale le jeudi 1er février 1906 à 10 h. 1/4 et le continuera les mardis et jeudis suivants à l'Amphithéâtre de la clinique des maladies mentales à l'Asile Sainte-Anne.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année N° 6 11 FÉVRIER 1906



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le Sanatorium anti-tuberculeux.

Dans deux articles remarquables, qu'il vient de donner à la *Normandie médicale*, un membre dévoué du Concours et de ses filiales a mis véritablement au point, et mieux même qu'on ne l'avait fait au Congrès de la tuberculose, l'indication et la valeur du sanatorium que la grosse masse des praticiens nous semble bien juger encore avec les plus défavorables préventions, sur la foi des légendes et des vues systématiques, ou sur des observations mal choisies. Nous sommes de ceux qui, ayant fait usage opportun et judicieux du Sanatorium, lui sont reconnaissants de huit guérisons bien acquises, chez des clients aisés, par les séjours au Vernet, à Trezpoë, à Meung-sur-Loire, à Lamotte-Beuvron, à Fontainebleau-Avon, à Bligny, à Leysin. Nos confrères du voisinage ont vu ces cas avec nous, *avant* et *après* : comme nous, par un essai loyal, ils ont confirmé l'opinion qu'ils s'étaient faite à remarquer combien de jeunes médecins se guérissent facilement en se soumettant au Sanatorium de bonne heure, ainsi qu'il arrive par exemple, chez des membres de l'Amicale-maladie que nous administrons.

Nous avons eu beau prendre pleine connaissance de toute la littérature médicale hostile au Sanatorium (parce qu'elle lui demande d'être une panacée) nous ne perdrons jamais notre foi, et nous ne cesserons pas de crier sus à cette routine d'un trop grand nombre de confrères, qui, toujours trembleurs devant le client, ne savent pas imposer l'ultimatum de la cure fermée dès que le diagnostic précoce est établi. Il est navrant d'avoir à montrer le public marchant dans ces questions devant le praticien ; navrant de voir tant de tuberculeux contaminer leur entourage quand les sanatoriums se ruinent à leur ouvrir des places qu'ils ne viennent pas occuper ; navrant de constater la stérilité de l'effort fait par ces médecins, réchappés de la tuberculose, qui ont voulu sauver d'autres victimes, et qui attendent, les bras croisés devant de lourdes charges, que nous nous décidions à leur envoyer des malades curables.

Tout ce que nous avons dit l'autre jour à propos de l'Externat maritime des Corbières serait encore à sa place ici.

Quand donc répudierons-nous les inutiles palabres pour devenir des hommes d'action, aussi bien dans notre pratique thérapeutique que dans la défense de nos intérêts ?

Puissent les conclusions si bien déduites de M. le Dr Hamart, dont nous publions plus loin le deuxième article, alarmer un peu notre routine et nous enlever tout prétexte à des hésitations, qui ne sont plus permises !

LA SEMAINE MÉDICALE

Le formiate de quinine.

M. le Dr Edg. Hirtz a fait, à l'une des dernières séances de l'Académie de médecine, une intéressante communication sur les injections de sels de quinine (chlorhydrate, bromhydrate, valérianate, sulfate) et sur les inconvénients que présentent ces injections, au point de vue des douleurs qu'elles provoquent. « Dans le but de remédier à ces divers inconvénients. M. H. Lacroix, pharmacien à Paris, a signalé, dit M. *Hirtz*, l'existence d'un formiate basique de quinine, très facilement cristallisable en belles aiguilles blanches et brillantes. Ce sel renferme 87,56 p. 100 de quinine, il est soluble dans dix-neuf fois son poids d'eau à 15 degrés, et huit fois à 35 degrés; la solution aqueuse ainsi obtenue est absolument neutre et indolore. Il l'a présentée sous le nom de « Quiniforme ».

D'après l'auteur, cette solubilité peut être facilement augmentée sans addition d'alcool ou d'antipyrine et atteindre par centimètre cube d'eau la quantité de quinine pure correspondant à 20 centigrammes de chlorhydro-sulfate.

Quoi qu'il en soit, la réaction, la solubilité, l'innocuité, et le titre élevé en alcaloïde du formiate basique de quinine, indiquaient qu'il y aurait intérêt à expérimenter ce sel qui doit rendre des services à la thérapeutique du paludisme.

Les expériences ont pleinement réussi. D'ailleurs, les injections des divers sels de quinine employés, en dehors du formiate, sont toutes, douloureuses. Les piqûres les plus pénibles sont provoquées par le chlorhydro-sulfate. Le formiate de quinine est un agent précieux par le fait qu'il est indolore, et qu'il renferme la plus grande quantité de quinine alcaloïde.

En effet, le tableau suivant en fait foi.

1 gramme de quinine alcaloïde est contenu dans :

1,14 de formiate (quiniforme de Lacroix).
1,42 de bromhydrate basique.
1,67 de bromhydrate neutre.
1,23 de chlorhydrate,

M. le Dr *Claisse* a constaté, lui aussi, que les injections de formiate de quinine sont parfaitement tolérables et par conséquent très pratiques.

M. le Dr *Lemoine* a employé récemment les injections sous-cutanées de formiate de quinine à la dose de 0,20 centigrammes pour 2 centimètres cubes d'excipient, à raison de deux injections par jour, dans deux cas d'accès de paludisme, et il a obtenu la cessation des accès comme avec le chlorhydrate de quinine à la dose de 0,30 centigrammes. Ce qui différencie les deux médications, c'est que les premières ne provoquent aucune douleur et ne laissent aucune trace, tandis que les secondes sont souvent très douloureuses et laissent toujours des nodosités locales longtemps persistantes. Dans un des cas, il a fait les deux sortes d'injections chez le même malade. L'inconvénient est le peu de solubilité du sel, mais il est atténué par le fait de sa richesse plus grande en quinine. Au-delà de 0,10 centigrammes pour 2 centimètres cubes d'excipient, il cristallise à froid.

Si on a soin de chauffer la solution, on peut obtenir des solutions limpides avec 0,15 pour 2 centimètres cubes.

L'appendicite.

Notre confrère, le Dr *de Backer*, rapporte, dans sa *Revue de l'antisepsie*, l'opinion du Dr Bizard sur la conduite à tenir en cas d'appendicite.

Immobilité absolue. — Le malade restera étendu sur le dos, à plat, avec un simple traversin sous la tête, le moindre mouvement pouvant provoquer une péritonite mortelle.

Diète rigoureuse. — Pendant cinq, dix, quinze jours, suivant les cas, le malade n'absorbera *rien* par la bouche ; pas de drogues, pas de lait et à peine quelques rares cuillerées à café d'eau. Un chirurgien éminent disait un jour à ses élèves : « Le premier temps du traitement de l'appendicite devrait être la suture hermétique de la bouche.

Pas de purgatifs. — C'est le grand point. On peut affirmer que bon nombre de malades meurent de leur appendicite parce que, dès le début, ils ont avalé un purgatif, qui fait contracter l'intestin et provoque la perforation et la péritonite.

Donc, pour conclure : pas de purgatifs et pas de médicaments ; il faut se contenter de donner de petits lavements contenant à la fois de petites doses de sel et de sucre ; en même temps le médecin injectera sous la peau de l'eau salée, sérum physiologique ou eau de mer, ordonnera, pour calmer la douleur, des applications de froid ou de chaud sur le ventre; là, doit se borner tout le traitement.

Roux, de Lausanne, dans une de ses leçons, disait aux étudiants :

Si un homme se trouvait frappé d'appendicite au milieu d'une forêt, sans un être vivant pour lui porter secours, immobilisé par la douleur, incapable de requérir une goutte d'eau pour calmer sa soif, ni un médicament pour supprimer sa douleur, il guérirait plus sûrement qu'entouré de praticiens éminents ! — Malheur, si le bon Samaritain venait à passer par là !.. »

La mort par choc moral.

M. le Dr *Icard*, de Marseille, rapporte dans la *Chronique médicale* de nombreux exemples de mort subite par inhibition, par choc moral : « On meurt, dit-il, de joie, de peur, ou de douleur. En temps d'épidémie, beaucoup meurent de peur. De même, au cours de grands cataclysmes, on a vu des victimes tomber mortes de frayeur, sans avoir reçu aucune blessure.

Le médecin appelé à constater un décès par choc moral ne doit pas oublier la possibilité d'une surprise, et, pour le mettre en garde contre un tel danger, M. Icard cite l'observation suivante, qu'il emprunte à Zimmermann ; cet auteur dit avoir été témoin d'un cas de mort apparente déterminé par la peur : il eut sous les yeux pendant vingt-quatre heures l'image

de la mort. « Un paysan des plus robustes, raconte-t-il, âgé de 36 ans, ayant été emprisonné pour cause de vol, eut tellement peur de la potence, qu'il perdit toutes ses forces et parut avoir cessé de vivre. Je ne sentis son pouls en aucun endroit du corps, et ne pouvais apercevoir ni les mouvements du cœur, ni la plus légère respiration. Il avait les yeux fermés, le visage livide, le corps froid. Cet homme, en apparence, n'était qu'un cadavre. Des irritations mécaniques douloureuses, l'application des stimulants les plus actifs, ne procuraient aucun sentiment ; les fluides injectés de force dans la bouche ressortaient bientôt par les commissures des lèvres. Il resta dans cet état pendant vingt-quatre heures ; alors, il commença à avaler quelques remèdes. Au bout de trente heures, il ouvrit les yeux ; six heures après, il articula quelques mots ; et au bout de six heures, il fut parfaitement remis. »

A ce propos, rappelons que, dans ces cas de mort sans lésions, il faut toujours se méfier de la mort apparente et employer, avant de se prononcer définitivement, les injections sous-cutanées de fluorescéine (procédé d'Icard).

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Dieulafoy.

Syphilis nécrosante et perforante de la voûte cranienne.

Depuis que j'ai l'honneur d'occuper la chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu, je n'ai pas eu l'occasion de faire une leçon sur la syphilis des os, — et cependant, vous le savez, j'aborde volontiers l'étude de la syphilis. Nous avons déjà passé en revue ensemble la syphilis de divers organes, du poumon, du rein, etc.; nous avons eu dans les salles une névralgie faciale datant de 14 ans et une sciatique rebelle datant de 3 ans, que nous avons guéries merveilleusement par la médication spécifique. Et puis, il y a quelques années, je vous ai fait une leçon sur la kératite hérédo-syphilitique, et, ces jours derniers encore, je vous parlais de la labialite tertiaire hypertrophique et invétérée. Vous voyez que la syphilis a été bien reçue dans ce service ; malgré cela, je ne vous ai montré jusqu'à ce jour aucun cas de syphilis osseuse, n'ayant pas eu d'exemple assez beau, assez intéressant pour mériter de vous être présenté. Nous en étions là lorsque M. Letulle reçut dans son service, à l'hôpital Boucicaut, une malade. Cette femme avait subi plusieurs opérations, ainsi que je vous l'exposerai dans un instant. L'ayant examinée, M. Letulle se dit : « Mais, c'est de la syphilis, il faut la traiter immédiatement », et c'est alors qu'il nous a adressé la malade à l'Hôtel-Dieu. La patiente offre actuellement une perte de substance, un trou dans le crâne, une fenêtre de taille suffisante pour que le petit doigt puisse y être introduit. L'orifice en question siège en plein pariétal et, chose impressionnante, on aperçoit au fond du puits osseux la dure-mère animée de battements caractéristiques. Je préfère ne pas enlever à la malade son pansement, ne pas découvrir les méninges qui pourraient s'infecter : plusieurs d'entre vous, néanmoins, ont vu cette fenêtre de la boîte cranienne et les battements de la dure-mère.

Je vais donc, à propos de cet exemple, vous exposer quelques considérations sur la syphilis cranienne. Cela veut-il dire que je vous ferai, aujourd'hui, l'histoire complète de la syphilis osseuse crânienne ? Certes, non, car il en est de tant de variétés que nous irions loin. Il est des cas dans lesquels le syphilome détermine une hyperostose du crâne. Ces cas-là rentrent dans la catégorie des syphilides invétérées dont je vous entretenais tout récemment. Ce sont de ces syphilides qui s'abattent sur un organe et y demeurent pendant 3, 4, 8, 10 ans, sans jamais dévier de leur type. Elles restent hyperostoses et ne sont pas perforantes. Actuellement, je désire m'en tenir à la syphilis nécrosante et perforante de la voûte cranienne.

Alors, me direz-vous, vous serez vite au bout. Les observations de cette espèce ne sont pas nombreuses. Erreur ! Vous n'avez qu'à regarder la collection de crânes réunis ici, sur cette table, et ils n'y sont pas tous. Quant aux observations, vous verrez aussi qu'elles ne manquent pas.

Je reviens à notre malade. Elle est âgée de 22 ans. Il y a deux ans, elle a remarqué le développement, sur la région frontale droite, d'une grosseur non douloureuse qui a atteint la taille d'une cerise. Dure au début, la lésion s'est ramollie, et, en même temps, des maux de tête, plus intenses la nuit, commencèrent à apparaître. Croyant avoir affaire à un kyste, un chirurgien incisa la petite tumeur d'où s'écoula un liquide analogue à du pus. L'os sous-jacent ayant été reconnu malade, fut gratté et pansé à l'eau oxygénée : la plaie ne se cicatrisa pas et, quelques mois plus tard, apparurent une deuxième, puis une troisième grosseur analogues et situées l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la première. Si bien qu'il y avait, en définitive, trois tumeurs en chapelet ou plutôt une plaie entourée de deux petites tumeurs. A ce moment, de vives douleurs survinrent et, avec le diagnostic d'abcès froids, une nouvelle intervention fut décidée et faite sous le chloroforme. On pratiqua une large incision comprenant les deux néoplasies et la plaie intermédiaire. Arrivé sur le crâne, l'opérateur reconnut la présence d'une partie mobile, d'un séquestre assez volumineux qui fut enlevé. Ce séquestre n'était pas poli, mais un peu vermoulu, comme du vieux bois. On trouva, au-dessous, des végétations de la dure-mère qui furent curetées. En abrasant l'os autour de l'orifice créé par le séquestre, on constata la mollesse de cet os. En fin de compte, il resta là comme une vaste plaie.

Un mois se passe. Lorsqu'on a une nécrose d'un os du crâne, un séquestre, des douleurs, un affaiblissement général, on est en droit d'espérer que,

une fois le séquestre enlevé, on va aller bien. Or, quinze jours après, la malade souffrait plus ; trois semaines après, elle souffrait plus encore. Quand j'ai causé avec elle, j'ai été hanté par cette idée que les méninges et le cerveau avaient été singulièrement tolérants s'ils n'avaient pas réagi à ces altérations morbides — et j'ai questionné la malade, lui demandant si elle n'avait pas eu de vomissements, de troubles paralytiques du côté de la face ou des membres. Et la patiente me répondit qu'elle vomissait tout, que sa main était déformée, contracturée, presque en griffe, que sa commissure labiale gauche était relevée, agitée de mouvements spasmodiques. Encore un peu, et c'eût été de l'épilepsie jacksonienne. Le pied gauche, enfin, offrait une ébauche des troubles de la main. Malgré l'ablation du séquestre, il se produisait un épisode nouveau de la maladie, caractérisé par des vomissements, de la contracture de la face, de la main et du pied gauches. L'appétit restait mauvais et la situation sérieuse.

Je désire ouvrir ici une parenthèse. Que s'était-il passé ? Nous venons de voir qu'il y avait eu un séquestre, enlevé par le chirurgien. Pour qu'il y ait séquestre, il faut qu'il y ait nécrose et qu'une partie d'os périphérique soit plus atteinte que la partie centrale. Chez notre malade, il y eut donc des foyers, des puits d'ostéite gommeuse qui ont circonscrit une portion d'os qui, elle, a été plus lente à se prendre et qui a constitué le séquestre. Et alors, une fois celui-ci enlevé, la guérison aurait dû s'ensuivre. Pas du tout ! L'affection a continué comme si rien n'avait été fait et de nouveaux symptômes sont survenus. Jetez un coup d'œil sur les planches fixées au mur et représentant les circonvolutions cérébrales. Voici les *circonvolutions rolandiques* C est là où siège le centre des mouvements de la face, du bras et de la jambe. La partie inférieure est le centre facial, la partie moyenne le centre brachial et au-dessus le centre crural. Nous pouvons conclure, eu égard à la netteté des symptômes, qu'il y a eu à ce niveau, en plein centre brachial, une plaque de méningite scléro-gommeuse empiétant sur les centres voisins.

Vous voyez comme tout cela s'éclaircit. Le début s'est fait par des petites gommes, auxquelles ont succédé des foyers d'ostéite gommeuse qui, eux-mêmes, ont circonscrit un séquestre. Ensuite apparut le syndrome méningé, la plaque méningée. Ainsi, la syphilis a poursuivi son œuvre. Par étapes elle est arrivée aux méninges, prête sans doute à gagner le cerveau.

A ce moment, se place un véritable coup de théâtre. La malade est conduite chez M. Letulle qui l'examine et pose le diagnostic de syphilis. Elle est mise immédiatement au traitement par les injections de biiodure. On commence par un centigramme : à la 4e ou 5e piqûre, des bourgeons charnus apparaissent et la cicatrisation de la plaie devient manifeste. On voit, avec la syphilis, des choses surprenantes. Elles le sont, ici, d'autant plus que nous n'avons pas fait des injections à doses fortes. Il faut toujours débuter par des doses faibles, tâter la susceptibilité — que l'on ne connaît pas — du sujet. Avec ce simple traitement (des piqûres d'un centigr. de biiodure), l'ulcère s'est détergé, les douleurs sont disparues, les contractures de la face, de la main et du pied se sont évanouies. Je n'ai rien de plus beau à vous montrer en médecine. Voici une femme qui allait vous voyez à quoi. On parlait peut-être de la trépaner, d'enlever des portions d'os. Cela eût-il arrêté l'évolution du processus morbide ? En rien, la syphilis marchait et eût marché toujours. Au milieu de ce tableau, vous arrivez avec une seringue contenant un centigramme de biiodure de mercure et déjà, au bout de 4 injections, la cicatrisation commence : quelques piqûres de plus et tout va bien. Vraiment, je n'ai rien de mieux à vous présenter. On a pratiqué, chez cette femme. 4 séries de piqûres, les deux premières séries avec 1 centigramme les deux suivantes avec 2 centigrammes de biiodure.

La patiente est actuellement en très bon état. Il lui reste toutefois, encore, dans la voûte cranienne, une ouverture arrondie de la taille du petit doigt. Les accidents sont arrêtés, mais, la perte de substance va-t-elle se combler ? Le périoste du crâne, nous le savons, ne reforme pas de l'os très facilement : dès lors, la situation de la malade restera-t-elle ainsi ? Il y a là une question intéressante dont je vous exposerai la physiologie pathologique.

Je me résume en disant :

Vous venez de voir une jeune femme atteinte de syphilis nécrosante et perforante de la voûte cranienne.

L'affection a débuté par une gomme du périoste et a continué par une série de foyers d'ostéite gommeuse qui ont circonscrit et isolé un îlot osseux. Il en est résulté un séquestre enlevé par un chirurgien.

Malgré cette intervention, il n'y eut pas d'amélioration. Un nouvel épisode survint : la syphilis méningée.

Puis, à un moment donné, au milieu de cette situation grave, la scène change sous l'influence du traitement anti-syphilitique. Le processus guérit et l'orifice persistant actuellement se comblera à son tour par un processus que nous étudierons.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

GYNÉCOLOGIE

Diagnostic précoce de l'épithéliome utérin (*suite et fin*)(1).

Par le Dr Paul Petit,

Chirurgien adjoint de l'hôpital libre Saint-Michel

Epithéliome de la surface vaginale du col.

Telle que nous l'avons décrite, la micro-ulcération cancroïdale se rattache à une néoplasie très limitée tant en surface qu'en profondeur.

On comprend qu'elle puisse également se montrer comme début de l'ulcération d'une néoplasie interstitielle déjà diffusée dans la majeure partie de l'épaisseur du col. En pareil cas, elle nous intéresse moins, car elle ne se rapproche pas autant de l'origine du mal et ne présente pas d'aussi grandes difficultés de diagnostic.

Voici un exemple de cette forme clinique que j'emprunte à M. Pichevin (*Semaine Gyn.*, janv. 1905).

(1) Voir les numéros des 14, 21, 28 janvier et 4 février 1906.

Col gros, présentant, sur toute son étendue, un tissu résistant, mamelonné au-dessous d'une muqueuse vaginale lisse, non adhérente, profondément, non ulcérée. Autour de l'orifice externe, sur une zone de 3 à 4 mm., induration très nette sans inégalité de consistance. A gauche de cet orifice qui n'est le siège d'aucune déchirure, on constate une ulcération ovalaire, mesurant à peine 1 c.m. lisse, non fongueuse, rouge, légèrement creusée au-dessous des tissus voisins, saignant facilement. En saisissant le col avec une pince à traction pour abaisser l'organe, on a l'impression d'entrer dans un tissu mou qui s'écrase sous les mors. Femme de bonne apparence, n'ayant éprouvé aucun trouble dans sa santé générale, mais présentant seulement depuis quelques mois des pertes de sang anormales au moment et dans l'intervalle des époques.

A mesure qu'elle progresse, l'ulcération épithéliomateuse s'étend, s'excave, s'indure, aussi bien sur ses bords que dans la profondeur, au-dessous et au pourtour de la zone de ramollissement. Ces transformations se font très rapidement, mais déjà et malgré les dimensions encore restreintes que peut avoir l'ulcère, nous entrons dans la période d'état caractérisée à mes yeux par l'apparition des écoulements odorants et sanglants.

Contrairement à ce que l'on serait porté à croire, les pertes odorantes peuvent se montrer avant les hémorrhagies et alors que la nature de l'ulcération peut encore être sujette à discussion.

J'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale, il y a une douzaine de jours, au petit Hôpital Saint-Michel, dans le service du Dr Récamier, sur une malade qui présentait cette particularité et dont le cas était intéressant à d'autres points de vue.

Cette malade, qui comptait dans son passé génital deux poussées de pelvi-péritonite, s'était présentée, se plaignant de souffrir de plus en plus du ventre et d'être incommodée depuis 4 mois par une leucorrhée fétide. Les règles n'avaient pas été modifiées ; peu abondantes, elles duraient 8 jours et il n'y avait pas de pertes de sang dans l'intervalle. Au palper combiné, l'utérus semblait fixé, les ligaments larges indurés ; sur la lèvre antérieure du col et au ras de l'orifice externe, existait une petite ulcération ovalaire, anfractueuse, non végétante, pouvant loger la moitié d'une petite amande, saignant sous l'ongle mais vraiment peu, et ne se laissant guère entamer, ses bords étaient indurés, en saillie légère et se continuaient avec une plaque d'induration qui se perdait insensiblement dans le tissu périphérique.

Au premier abord, le diagnostic ne s'affirmait pas. La malade endormie et le col abaissé, l'ulcération s'aplanissait sous la traction et se réduisait à une érosion superficielle, mais une curette tranchante nous permit de détacher à son niveau et à son pourtour, jusqu'à mi-épaisseur du col, un tissu lardacé qui ne laissait pas de doute.

La muqueuse cervicale semblait indemne sauf en un point limité en continuation avec l'ulcération externe. L'intervention fut rendue pénible par des adhérences étroites ; il existait une ovaro-salpingite double haut placée, une collection de péritonite enkystée et je fis cette réflexion (sur laquelle je me permets d'insister, étant donné l'objet de ma communication), que n'étaient les anamnestiques, j'aurais pu croire que les douleurs éprouvées, la fixation de l'organe, les indurations perçues sous le doigt, étaient de nature néoplasique et contre-indiquaient l'intervention.

Je ne connais pas, en effet, de signe qui, en l'absence d'anamnestiques précis, permette de distinguer sûrement, lorsqu'on ne perçoit pas les annexes, les indurations inflammatoires circum-utérines des indurations néoplasiques. Nous savons, en effet, que lorsque l'infection est ancienne, lorsque l'utérus et les annexes sont étroitement fixés, la douleur provoquée et même spontanée peut être nulle, aussi bien que l'hyperthermie.

Pour être complet, sans doute, devrais-je établir le diagnostic différentiel entre l'ulcération cancéreuse arrivée aux abords de la période d'état et les diverses autres sortes d'ulcérations vraies du col.

Je n'ai jamais vu d'ulcérations tuberculeuses de ce siège et je pense, d'après mes recherches, qu'elles doivent être bien rares : Vitrac a décrit un ulcère tuberculeux « dont la consistance élastique et souple donnait au doigt la sensation d'une surface mûriforme et veloutée ». Lewers a rapporté, il y a 3 ans, un cas de tuberculose du col confondu avec le cancer et opéré comme tel.

M. Richelot, à propos de deux cas observés, l'un en 1894, l'autre tout récemment, conclut « qu'il faut penser à la tuberculose quand on se trouve en présence d'un col utérin qui, au toucher vaginal et par sa consistance, donne l'idée d'une métrite simple et éloigne celle d'un épithélioma, mais qui, vu au spéculum, ne montre pas les signes ordinaires de la cervicite ou ressemble nettement au cancer ».

J'ai déjà parlé du chancre simple du col. J'en ai vu un, en voie de cicatrisation, diagnostiqué par le Dr Barthélemy et dont l'aspect était quelque peu déroutant : parcouru de fines nervures en réseau, vestiges de l'état alvéolaire de son fond et ses bords étant nivelés, il donnait à l'organe l'aspect d'un grain de raisin dépourvu de son enveloppe.

Pour ce qui est des ulcérations syphilitiques, M. Barthélemy affirme que « c'est le petit nombre, l'exception qui peut être diagnostiquée d'emblée par ses caractères propres et sans avoir recours aux autres éléments de diagnostic, à savoir antécédents syphilitiques, concomitance d'accidents, épreuve thérapeutiques, etc. »

Mais, en vérité, pour l'ulcération cancéreuse, déjà arrivée à la période d'état donnant déjà un peu de sanie, de sang, l'aspect, la consistance des fragments curettés suffisent le plus souvent à lever les doutes.

J'ai observé, une fois, dans les conditions où je me place, cette variété topographique du cancroïde cervical que M. Pozzi dénomme, d'après son siège : *forme liminaire*. Il existait, à la limite exacte du col et du cul-de-sac droit, une perte de substance de très petite surface qui, d'une part, communiquait avec un épithéliome intracervical assez avancé et, de l'autre, s'enfonçait profondément dans le ligament large.

4° Forme leucoplasique

Mes documents sur l'épithéliome du col, à début leucoplasique, se bornent à 4 observations impersonnelles : deux de M. Labadie-Lagrave, une du Dr Verdalle et une autre de M. Dalché.

Dans ces observations, il est bien question de coexistence ou de succession de leucoplasie et de cancer, mais on ne nous fait pas saisir, sur le fait, le passage de l'un à l'autre. Cependant ce que nous savons de la leucoplasie, en d'autres régions, ne nous permet guère d'en douter. Quand la plaque leucoplasique dégénère, elle s'indure en même temps qu'elle se soulève légèrement (Pichevin) ou se fissure.

J'ai publié un cas de leucoplasie vulvaire sur lequel l'épithélioma débutait au niveau d'une fissure de quelques millimètres et tenait tout entier dans le champ du microscope.

Le mieux est de ne pas attendre les modifications dégénératives de la plaque leucoplasique et de pratiquer l'amputation immédiate de tout col qui en présente. L'occasion doit en être assez rare.

Je crois avoir démontré qu'il existe dans l'évolution de l'épithéliome de la surface vaginale du col trois périodes distinctes : une première période *subjectivement latente* mais qui doit être reconnue par la vue et le toucher et dont le diagnostic est facilement contrôlé par l'histologie ; une seconde période ou *période d'état* individualisée par l'apparition des écoulements sanglants et odorants ; une troisième période ou *période d'inopérabilité* caractérisée par l'apparition des douleurs et l'induration des ligaments péri-utérins.

Cette classification évolutive à laquelle je tiens pour sa netteté et son exactitude, laisse malheureusement de côté,comme je l'ai dit dès le début, les colonisations microscopiques à distance que nous ne pouvons actuellement déceler et qui annihilent parfois tout l'intérêt d'un diagnostic précoce au lieu d'origine. Le problème sera-t-il résolu par le simple examen du sang, par la découverte d'un microorganisme sûrement spécifique ? Je l'ignore En attendant, ne confondons pas nos désirs avec la réalité et profitons de ce qui est démontré.

Si l'on admettait, pour le moment, les chefs de classification que je propose et sous lesquels trouveraient facilement place les diverses formes cliniques et histologiques, on y trouverait le moyen de mettre déja quelqu'ordre dans les statistiques opératoires actuelles qui, ne s'appuyant sur aucune base uniforme, n'ont aucune valeur comparative. Il est vraiment absurde de se réunir en congrès internationaux pour discuter sur la curabilité du cancer utérin quand on ne s'entend ni sur ses stades, ni même sur ses caractéristiques tissulaires.

Je dirai volontiers : le diagnostic précoce de l'épithéliome utérin n'est pas difficile ; le tout est d'y penser et de connaître assez les aspects cliniques qu'il revêt (même sans les avoir encore observés), pour juger une biopsie nécessaire là où d'autres ne voient rien ou se contentent d'un pansement.

Ce diagnostic, nous le ferions plus souvent, si nous nous appliquions davantage à fixer et à catégoriser les formes initiales, à profiter des observations authentiques déjà éparses dans la science, si le public lui-même était mieux éduqué.

A mon grand regret, je n'ai pu opérer aucun cancer du col à ce stade latent que j'ai voulu cristalliser sous vos yeux.Mais,au début de la période d'état pour le cancer du col et, dès la première période pour le cancer corporéal.je compte quelques résultats des plus encourageants, revus au delà de trois et quatre ans,sans trace de continuation du processus.

En attendant le sérum rêvé, mais qui, pour le moment, n'est bien qu'un rêve, même chez le Belge au pas lent, c'est dans cette voie du diagnostic précoce et non des exérèses de plus en plus larges que nous pouvons espérer, sinon guérir nos malades, du moins prolonger plus souvent et plus longtemps leur existence.

THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement de la pneumonie.

Pourquoi les divers auteurs qui ont étudié la médication créosotée, ont-ils presque constamment en vue la tuberculose pulmonaire. Sans doute,la gravité de cette affection explique toute l'importance qu'elle occupe dans l'esprit du thérapeute. Mais s'il meurt en France plus de 150,000 phtisiques par an, combien d'individus disparaissent frappés par la pneumonie, la broncho-pneumonie, la pleurésie et les autres maladies respiratoires.

Ces malades ont autant de droit que les autres à l'attention du médecin d'autant plus que rendus moins résistants au point de vue pulmonaire par leur affection passée, ils pourront présenter un jour des signes de tuberculose.

Puisque les praticiens reconnaissent à certains composés créosotés, au thiocol par exemple, une action empêchante sur l'évolution bacillaire confirmée, à plus forte raison ce thiocol, exercera-t-il sur l'organisme prédisposé et sur les autres affections pulmonaires un pouvoir curateur énergique.

Quelles sont en effet,les propriétés que la médecine expérimentale et la clinique ont reconnues aux comprimés thiocolés ?

C'est d'abord une absence complète de causticité sur la muqueuse gastro-intestinale, une action stomachique et désinfectante,un pouvoir antiseptique sur les infections secondaires associées au bacille de Koch, et enfin une action sédative de la toux, de l'expectoration, et légèrement stimulante de l'état général.

Or, ces qualités de la médication thiocolée, qui sont en réalité celles du gaïacol, mais d'un gaïacol dont les inconvénients ont disparu par une sulfonation rationnelle, pourquoi ne pas les utiliser chez les pneumoniques par exemple ?

Dans cet ordre d'idées, les auteurs américains nous ont devancés depuis plusieurs années.Smith (1) et Gracey (2) ont affirmé que la médication créosotée appliquée de bonne heure était presque spécifique de la pneumonie. Van Zandt (3) était du même avis. Plus tard,French (4) publiait plusieurs observations de pneumoniques traités par le sirop Roche au thiocol, et montrait quelle influence favorable ce remède exerce sur les lésions et l'état général.

Il est en effet certain qu'un médicament capable de déterminer une antisepsie pulmonaire efficace soit en diminuant la vitalité du pneumocoque, soit en détruisant les microbes satellites, un médicament sédatif de la fièvre, de la toux, fluidifiant puis arrêtant les expectorations, agissant sur l'état général en augmentant le nombre de globules rouges et celui des leucocytes, et surtout exerçant ses propriétés thérapeutiques sans jamais nuire au tube digestif, ce médicament est indiqué en première ligne pour le traitement de l'affection pneumococcique.

Voici un cas observé par nous de pneumonie lobaire aiguë localisée sur le tube inférieur du

(1) *Med. News*, nov., 1899.
(2) *Charlotte med. journ.* déc. 1899.
(3) *Médical Record*, 30 mars 1901.
(4) *Gaz. des Hôp.*, n° 3 1904.

poumon droit chez une jeune fille de 18 ans soumise à la médication thiocolée.

Dix heures après le premier frisson, la température atteignait 40°2, le pouls était à 132, la respiration à 50.

Les signes locaux très nets et cet ensemble de symptômes généraux nous faisaient penser que la maladie durerait au moins deux semaines. En même temps qu'une révulsion intense par des ventouses scarifiées *loco dolenti*, nous avons mis la malade au traitement thiocolé à raison de 8 comprimés pour les 24 heures.

A vrai dire, nous n'avons pas tout d'abord observé de changement. La fièvre était encore fort élevée, la dyspnée toujours pénible et le souffle pneumonique nettement perceptible avec quelques crépitants fins au niveau de l'angle de l'omoplate à droite.

Le jour suivant, 8 nouveaux comprimés furent encore absorbés, et dès le lendemain matin, le pouls était à 90, la respiration à 30, la température à 37°8. La matité pulmonaire s'atténuait.

Deux jours après, l'état général était nettement amélioré et, le huitième jour, le souffle tubaire avait déjà fait place à des bouffées de sous-crépitants.

L'expectoration, à ce moment n'existait presque plus. Sanguinolente pendant les 3 premiers jours, elle était devenue muqueuse et fort peu abondante. L'appétit était revenu et l'état général se relevait nettement.

Dans beaucoup d'autres cas, l'emploi du thiocol nous a paru abréger d'une façon notable la durée de la pneumonie et atténuer la gravité de l'affection.

Il est rare en effet, si l'on ordonne cette médication dès le début, de ne pas voir en 3 ou 4 jours environ, la fièvre tomber brusquement. La défervescence en lysis s'observe aussi dans quelques cas, mais principalement chez les malades soumis plus tard à l'action du thiocol, ou d'une façon plus énergique.

Les crachats peuvent quelque temps rester hémoptoïques, dénotant ainsi des réactions congestives de défense pulmonaire. Mais il ne faut pas s'en inquiéter, car en quelques jours, ils changent de caractères, se fluidifient et ne tardent pas à disparaître suivant de près l'abaissement de la température.

Sur l'état digestif, les comprimés sont loin d'être défavorables, car il est intéressant de noter le retour de l'appétit en 6 et 8 jours de traitement, et un besoin presque impérieux d'alimentation substantielle. L'abattement et l'adynamie ne persistent pas.

D'une façon générale il faut admettre que la médication créosotée représentée en pratique par le thiocol atténue le caractère malin de la pneumonie et s'oppose énergiquement à l'hépatisation grise, de plus, et ceci est de première importance, les toxines microbiennes qui infectent l'organisme et désorganisent le foie et le rein sont combattus efficacement par cet agent antiseptique et il faut certainement faire entrer en ligne de compte cette action générale du thiocol pour expliquer la rapidité des guérisons observées.

Les convalescences sont plus courtes aussi. Nous avons l'habitude de continuer l'usage des comprimés ou du sirop Roche pendant une grande partie de cette période et nous pouvons arrêter ainsi des poussées infectieuses nouvelles et détruire les reliquats pulmonaires de la période aiguë.

Il est encore une autre maladie où la médication thiocolée est nettement indiquée : c'est à titre préventif des infections broncho-pulmonaires dans la rougeole et la coqueluche des enfants. Non seulement le sirop de thiocol surtout employé dans ce cas, exerce sur l'infection générale et primitive des effets sédatifs, mais surtout il évite à ces petits malades les localisations streptococciques ou autres sur le système pulmonaire.

Aussi nous conseillons d'ordonner la médication thiocolée à la période d'éruption de la rougeole et dès le début de la coqueluche, car nous avons toujours eu nous-même à nous louer de cette méthode thérapeutique.

Cessons donc de réserver la médication créosotée spécialement à la tuberculose, car beaucoup d'autres maladies, et parmi elles la pneumonie, réclame aussi un médicament sédatif, antiseptique du poumon et stimulant de l'état général.

L'expectation était possible au temps où nous n'avions pas un remède pratique à opposer au pneumocoque, et parce que le gaïacol et la créosote ont de trop graves inconvénients. Mais aujourd'hui que nous avons dans le thiocol un succédané de la créosote sans dangers pour l'organisme, nous ne devons pas abandonner aux seules forces matérielles souvent insuffisantes une affection aussi grave et qui entache parfois l'avenir pulmonaire de ceux qu'elle frappe.

Dr J. MEILLANT.

PHTISIOLOGIE

La cure libre et la cure surveillée de la tuberculose pulmonaire.

Par le Dr HAMANT.

Médecin-directeur du Sanatorium de Beaulieu à Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées), ancien médecin-assistant du Sanatorium d'Angicourt.

Si la curabilité de la tuberculose pulmonaire n'est plus mise aujourd'hui en doute par aucun médecin, l'accord est, par contre, loin d'être fait sur les moyens à employer pour arriver à cette guérison et pour obtenir rapidement un résultat à la fois sérieux et durable. Le régime hygiéno-diététique, en particulier, qui, de l'avis presque unanime de ceux qui s'occupent spécialement de cette importante question, constitue la partie capitale du traitement rationnel de la phtisie pulmonaire, est lui-même différemment compris et appliqué suivant que le médecin qui le recommande croit à l'efficacité de la cure libre de la tuberculose pulmonaire ou est au contraire un partisan convaincu de sa cure surveillée.

Depuis six années révolues, je m'occupe spécialement et exclusivement de cette grosse question de la tuberculose pulmonaire et de son traitement : atteint moi-même de cette redoutable affection, j'ai pratiqué tour à tour pour m'en soigner la cure surveillée et la cure libre ; une fois guéri, j'ai renoncé à toute clientèle active et j'ai successivement exercé les fonctions de médecin-assistant du sanatorium d'Angicourt, puis de médecin-directeur du petit sanatorium que j'ai installé à Cambo-les-Bains ; entre temps, et tout

en remplissant mes fonctions de médecin de sanatorium j'ai donné mes soins à des tuberculeux que le mot et l'idée de sanatorium effrayaient, et qui, ne voulant pas consentir à entrer dans un établissement fermé, ont préféré réaliser la cure libre à côté d'un sanatorium, sous la direction d'un médecin de sanatorium.

J'ai donc pu doublement, et comme malade et comme médecin, me former un jugement sérieusement motivé sur la valeur de la cure libre et sur celle de la cure surveillée de la tuberculose pulmonaire. J'ai déjà dit ailleurs (1) ce que l'expérience m'a appris à penser de la cure de la tuberculose pulmonaire et de sa cure surveillée en particulier, appliquée aux tuberculeux indigents. Je voudrais, dans les lignes qui vont suivre, essayer de fixer l'opinion que je me suis faite jusqu'à présent sur la cure libre et sur la cure surveillée de la tuberculose pulmonaire appliquées aux tuberculeux aisés ou riches, à ceux qui, par conséquent, ont des moyens d'existence leur permettant de lutter contre la maladie, à ceux qui, aussi, ont des raisons sérieuses, morales et sociales, de chercher à en triompher et à s'en guérir, à ceux enfin qui, par l'instruction et l'éducation qu'ils ont reçue, comme par les situations mêmes qu'ils occupent, constituent non-seulement l'élite morale et intellectuelle de la France, mais ses forces vives et ses plus solides espérances.

*
* *

Il est tout d'abord indispensable de bien préciser ce qu'il faut entendre, en lisant cet article, par les expressions : *régime hygiéno-diététique — cure libre — cure surveillée.*

J'entends par *régime hygiéno-diététique* toutes les conditions, indications et prescriptions d'ordre à la fois hygiénique et alimentaire qui, jointes à un *modus vivendi* spécial caractérisé par un emploi du temps bien réglé et déterminé, constituent un régime qui se résume dans la triade depuis longtemps connue et appliquée : cure d'air — repos — suralimentation.

La *cure libre* est celle que le malade effectue soit chez lui, soit dans un hôtel, soit dans une pension de famille, soit dans une villa, dans un pays et un climat qui peuvent d'ailleurs spécialement convenir au traitement de la maladie dont il cherche à se soigner et où le séjour prolongé peut aider d'une manière plus ou moins sérieuse et efficace au rétablissement de sa santé. Cette cure peut être à la rigueur réalisée, comme je l'ai vu parfois faire, en dehors de toute surveillance médicale un peu suivie ; le plus souvent elle est dirigée par un médecin qui renouvelle ses visites aussi fréquemment que cela lui paraît nécessaire, mais, entre deux visites médicales, le malade reste livré absolument à lui-même et reste seul juge, lui ou son entourage, de la manière dont il doit observer et appliquer les conseils médicaux qu'il a reçus.

La *cure surveillée* est celle que le malade effectue, le plus souvent séparé des siens, dans un établissement fermé appelé Sanatorium, où tout est compris et combiné en vue de l'observation rigoureuse et méthodique d'un traitement établi de façon à obtenir le maximum de résultats dans le minimum de temps, à parer, autant que faire se peut, aux complications toujours possibles, et cela sous la surveillance constante, assidue et raisonnée d'un médecin qui ne quitte pas le sanatorium et se trouve constamment en contact avec les malades qu'il dirige et soigne.

*
* *

A première vue, la cure libre offre aux yeux du tuberculeux, et quelquefois même à ceux de son médecin traitant, des avantages aussi sérieux qu'incontestables : on peut tout d'abord la pratiquer partout, même à la rigueur chez soi, surtout si l'on habite un pays et un climat appropriés ; et ce n'est pas là une des moindres qualités que lui reconnaissent les malades timides, se contenant facilement, toujours prêts à chercher leurs commodités et leur agrément plutôt que les moyens sérieux et énergiques de recouvrer la santé. Si cependant il habite une région par trop ingrate au point de vue de l'air qu'il y respire et du climat qu'il y subit, rien n'empêche le tuberculeux décidé à pratiquer la cure libre de transporter momentanément son domicile sous des cieux plus favorables à sa santé et d'aller habiter, dans un pays approprié, soit un hôtel, soit, mieux encore, une villa où il pourra vivre et se soigner entouré et assisté de toute sa famille ou partie de ses parents. Cette dernière circonstance est en effet encore un des arguments les plus puissants que ne manquent pas de faire valoir un grand nombre de malades et un certain nombre de médecins en faveur de la cure libre au cours de laquelle ils pensent que l'entourage et ses soins aussi dévoués qu'affectueux aideront grandement le malade dans sa marche vers la guérison en même temps qu'ils écarteront de lui tout motif d'ennui et de dépérissement moral ; car il est certain qu'au cours d'une maladie dont le traitement est fait avant tout d'inaction et de désœuvrement, d'absence de fatigue physique et de préoccupations morales, le gros écueil à éviter doit être l'ennui, surtout si cet ennui devait se prolonger pendant les longs mois, parfois même les longues années, que dure une cure sérieuse si l'on veut obtenir une guérison à la fois tangible et durable. Il est d'autre part non moins évident que, surtout pour des malades n'ayant pas à leur service des ressources intellectuelles suffisantes pour s'occuper et se distraire par eux-mêmes, l'ennui sera d'autant plus facilement évité que ces malades seront moins changés de leurs habitudes et auront moins la peine de s'en créer de nouvelles qu'ils seraient d'ailleurs peut-être incapables de savoir prendre.

Là ne sont pas les seuls avantages que semble présenter la pratique de la cure libre ; il en existe encore d'autres qui, pour moins essentiels qu'ils paraissent être, sont encore fort appréciés par le malade, beaucoup plus, cette fois, que par son médecin traitant : La cure libre laisse en effet au tuberculeux une certaine liberté, j'allais dire une certaine indépendance, qui lui permet d'exercer son initiative en dehors des conseils de son médecin, quelquefois même à l'envers de ces conseils. Le médecin qui rend visite à son malade ne peut évidemment lui accorder qu'un temps plus ou moins limité, et ne lui laisser que des indications d'un ordre plutôt général, mais qui ne sauraient s'appliquer indistinctement à chaque instant du traitement non plus qu'à chaque circonstance qui peut inopinément se présenter, à laquelle il faut

(1) Voir *Tribune médicale*, 37e année. Série nouvelle. N° 24 du 11 juin 1904, pages 373 et suivantes.

LE COLLÈGE MARITIME DES CORBIÈRES

Lorsque le « Patronage médical » créa l'établissement des « Corbières maritimes » à Saint-Servan, les organisateurs s'imaginaient que chaque médecin est toujours aux aguets pour saisir, dans notre journal, les indications de thérapeutique qui ont fait leurs preuves ; qu'il se hâte de les utiliser dès que nous nous portons garants de leur valeur démontrée par l'expérience ; qu'il est heureux et empressé d'en faire profiter les malades et les familles confiées à ses soins et à sa vigilance.

C'est bien ce qui se passe, en effet, pour les médications qui se tirent de la pharmacie : la correspondance en fournit une preuve indiscutable.

Mais il n'en fut vraiment pas de même le jour où nous avons mis à la disposition des hygiénistes et médecins, nos confrères, qui disaient en avoir grande envie, le moyen de faire instruire et relever, au milieu des bénéfices de la cure maritime, les enfants débiles, inquiétants, suspects, pour lesquels ils redoutent la vie du collège banal.

Sans doute, ceux qui envoyèrent leurs familles aux Corbières pendant la saison des vacances et de la villégiature se rendirent bien compte des agréments et avantages de ce séjour : on n'en peut pas revenir hésitant et sceptique, on est toujours et fatalement convaincu ; la foi s'impose. Mais pourquoi leur enthousiasme ne nous suit-il plus autant, quand, par le séjour permanent à l'externat maritime, nous offrons le moyen de transformer définitivement ces organismes débiles qui ne demandaient que la continuation du séjour si bien employé déjà ?

Oui, Pourquoi ?

C'est un mystère ; nous avouons n'y rien comprendre. Les maîtres et spécialistes de l'hygiène scolaire ne cessaient de réclamer la création de *collèges climatiques maritimes* : dans les journaux, les congrès, les sociétés savantes, on en parlait sans cesse, on en traçait le plan idéal, on en présentait même des projets qui paraissaient de réalisation sinon prochaine, du moins bien résolue. Ah ! leur clientèle serait vite faite à ces établissements : le Tout Paris de la Faculté et des classes riches aurait même beaucoup de peine à attendre jusque-là, et, surtout après le Congrès international de la tuberculose, on en verrait sortir de terre sur toutes nos côtes, dont les grands noms de la Ligue voudraient être les patrons et parrains.

Grands dieux ! qu'il faut en rabattre le jour où l'on met les beaux parleurs au pied du mur.

Savez-vous, chers confrères, d'où paraît devoir venir la clientèle de notre collège maritime ? D'Angleterre surtout. Médecins et hygiénistes français, au contraire, semblent bien peu renseignés dans l'ensemble sur les miracles qu'opère la cure maritime.

Michelet est mort depuis longtemps, et ce profane, que tout le monde a lu, avait dit, à ce sujet, dans son beau livre, *La Mer*, tout ce que l'on redécouvre aujourd'hui. Il disait : plasma, lymphe vitale, etc., là, où nous disons sérum marin, mais il vulgarisait déjà toutes les constatations merveilleuses que l'on commence à faire sur l'emploi thérapeutique de l'eau de mer.

En savait-il donc plus que les médecins ?

Maintenant que celle-ci a reçu la consécration du laboratoire, de la sérothérapie et de la mode, peut-être se décidera-t-on, au nom du bon sens, à en user avec elle comme avec les eaux minérales. On conclurait alors assez naturellement et sans être dans l'erreur que si l'eau de mer, mise en ampoules, seringues ou bouteilles, et transportée rend de très appréciables services, la cure sur place est bien autrement active et donne des résultats autrement durables quand on la prolonge pendant une ou plusieurs années scolaires.

Ainsi raisonnèrent l'Université et son chef actuel, M. Bienvenu-Martin, quand ils applaudirent à notre initiative et nous accordèrent, eux profanes, sans une minute d'hésitation, l'approbation élogieuse que nous avons publiée. Ainsi raisonnent également les familles d'Outre-Manche.

Mais en France, les médecins, même quand ils sont membres du Concours et du Patronage, considèrent, sans doute, comme les ligueurs et les congressistes, que si on usait de notre *Collège climatique des Corbières*, on ne pourrait plus dire, dans les futures parlottes, qu'il n'en existe pas et qu'il faut en créer. Et dans ces conditions il est beaucoup mieux d'ignorer ou d'avoir oublié.

Doux pays et douce profession médicale ! Comme on s'y remue, et quel accueil chaleureux y est fait aux initiatives des gens d'action et de progrès.

Voyons, peut-on espérer qu'à la rentrée de Pâques, aux beaux jours où les plus fragiles affrontent le séjour marin sans apprentissage, les médecins vont enfin mettre en pratique leurs ronflantes théories et garnir les cinquante places qui restent à prendre aux Corbières ?

Si oui, ils n'auront fait que leur devoir ; sinon, que répondre à l'Université, si elle nous traite de doux farceurs dans les Congrès d'hygiène scolaire où nous coudoyons ses plus distingués représentants ?

H. J.

parer extemporanément et à laquelle le malade croit effectivement répondre convenablement en faisant, avec la meilleure volonté du monde, souvent exactement le contraire de ce qui serait cependant formellement indiqué ; et à côté de ces écarts bien inconscients de régime et de précautions, dont les conséquences peuvent cependant être déplorables, que d'infractions à ce que l'on doit faire, parfaitement conscientes et voulues celles-là, et qui sont la conséquence de cette liberté que le tuberculeux apprécie tant et qui lui est parfois si nuisible ! Combien de fois n'ai-je pas entendu dire par des malades, sous des prétextes les plus divers et les plus futiles : aujourd'hui je ne fais pas telle chose qui m'est recommandée, mais je n'agis ainsi qu'une fois par hasard et demain je rattraperai le temps perdu. D'autres fois, les malades croient tout excuser en mettant leur erreur sur le compte de l'oubli, et c'est ainsi que la plupart d'entre eux usent d'une liberté qui leur est chère, qui constitue à leurs yeux un des avantages les plus importants de la cure libre et à laquelle les infractions, vénielles à leur sens, sont parfois grosses de conséquences, non seulement au point de vue du rétablissement de leur santé, mais encore au point de vue de leur existence même. Que de tuberculeux ont payé de leur vie ce qu'ils ne considéraient que comme un acte sans importance qu'ils n'auraient certainement pas commis si quelqu'un d'éclairé les en eût empêchés !

Assurément la cure libre est bien séduisante quand on songe à tous les avantages, peut-être plus apparents que réels, qu'elle offre au malade et que nous venons d'essayer de passer en revue, et rien ne s'opposerait à ce qu'elle soit souvent pratiquée avec plein succès si tous les tuberculeux étaient raisonnables, réfléchis et possédaient à un même degré, suffisamment développé, le sens pratique de toutes choses, disons le mot : le simple bon sens.

*
* *

Si la guérison de la tuberculose pulmonaire n'est pas un vain mot, elle est du moins la récompense légitime d'efforts soutenus, de soins intelligents et continus, de précautions minutieusement prises et d'une cure patiemment effectuée sans arrêts ni défaillances. Combien de tuberculeux sont-ils capables de mener ainsi à bien leur guérison et d'avoir la volonté très ferme et indispensable à cet effet ? Je laisse à ceux de mes confrères qui liront ces lignes le soin de répondre à cette question.

Mais entre le petit nombre des tuberculeux qui sont en mesure de réaliser la cure libre suffisamment parfaite pour atteindre cette guérison, et le nombre relativement restreint de ceux qui, par perversion mentale et génie du mal, sont perdus d'avance et pour lesquels il n'y a rien à faire, pour tâcher de les sauver, il y a la foule considérable des faibles, des timides, des malades sans énergie, sans volonté, incapables de voir la vérité en face, d'avoir sans cesse devant les yeux le but à atteindre, de penser à faire heure par heure, minute par minute, ce qui leur est expressément recommandé pour y arriver, mais qui cependant ne demandent pas mieux que de faire ce qu'il faut pour guérir s'ils y sont moralement forcés et si une volonté, à la fois intelligente et soutenue, se substitue à la leur trop souvent totalement absente, pour les diriger et les conduire vers la guérison qu'ils sont incapables d'atteindre s'ils restent isolés et livrés à eux-mêmes. C'est à de tels malades que l'application de la cure surveillée est indispensable, c'est à eux que le régime du Sanatorium convient, c'est avec de semblables sujets qu'il réalise des résultats souvent inespérés, de véritables résurrections.

Là, rien n'est laissé au hasard ni à l'initiative forcément inexpérimentée et par conséquent trop souvent néfaste du malade ; et c'est là une garantie considérable donnée non seulement au médecin traitant mais encore aux trop rares tuberculeux réfléchis, désireux de guérir et décidés à ne rien négliger à cet effet, dussent leurs habitudes être quelque peu changées, parfois même complètement bouleversées, pour obtenir cette guérison si ardemment souhaitée par tous, mais si peu véritablement voulue par beaucoup. Est-ce à dire qu'en se soumettant aux exigences de la cure surveillée le malade aliène complètement sa liberté, comme on l'a trop souvent reproché, sans beaucoup de réflexion, ce me semble, au régime sanatorial ? Je le crois si peu qu'en réalité tout tuberculeux qui entre dans un sanatorium y entre de son plein gré et c'est là de sa part une manifestation de cette liberté qui lui est si chère, quoique souvent si nuisible quand elle n'est pas dirigée ; seulement, en y entrant, il prend par cela même librement l'engagement tacite de se conformer aux règlements qui y sont en vigueur, établis d'ailleurs dans le propre intérêt des malades et en vue de leur obtenir une prompte guérison.

La caractéristique du régime sanatorial, ce qui fait sa force, ce qui constitue son avantage, c'est que la vie de chaque malade y est réglée d'une manière minutieuse et raisonnée, heure par heure, conformément à une expérience déjà ancienne de la maladie et conformément aussi à des principes reconnus depuis longtemps excellents en raison des résultats satisfaisants que leur application a donnés et donnera, je l'espère, encore. Je sais bien que cette réglementation minutieuse de l'existence, qui rappelle trop souvent à beaucoup de tuberculeux indociles et n'écoutant que leur plaisir, la vie qui leur a été imposée autrefois soit au pensionnat, soit au collège, soit à la caserne, leur est lourdement à charge, et que c'est de toutes les obligations du régime sanatorial celle qui coûte le plus à leur besoin d'indépendance et de liberté ; je ne crois cependant pas qu'elle ait jamais bien sérieusement arrêté un malade raisonnant juste et désireux de se guérir ; c'est aussi l'opinion autorisée que le Dr Grillot exprime ainsi dans son excellente thèse inaugurale (1) :

« Dans les attaques nombreuses dirigées contre « le Sanatorium, établissement fermé, le principe « de la discipline a été particulièrement visé. A « notre époque, où il semble difficile d'accepter « une autorité quelconque, bonne ou mauvaise, « on a cherché à ridiculiser cette discipline en la « traitant de caporalisme.

« Aucune pression n'est cependant exercée sur « l'esprit du malade pour le faire entrer au Sa« natorium ; s'il y reste, c'est de son plein gré, « et il est toujours libre d'en sortir. Si la disci-

(1) Dr H. Grillot.— *Le sanatorium français.* Thèse de Paris. C. Naud éditeur, 1902, pages 207 et 208.

« pline existe, n'est-ce pas dans son intérêt. Cette « phrase du règlement intérieur pour les malades « au sanatorium d'Hauteville est-elle inspirée par « un désir de captation :

« La discipline du Sanatorium n'a pas d'autre « but que de préserver les malades de ce qui « peut leur être préjudiciable ; chacun d'entre « eux doit avoir confiance dans son médecin et « s'en faire l'auxiliaire, non seulement en suivant « toutes les règles de l'hygiène et de la discipline, « mais en s'opposant aux infractions que pour- « raient y commettre les autres pensionnaires. »

Et voilà bien pourquoi en effet ce *modus vivendi* spécial que constitue le régime sanatorial, cette discipline intelligente particulière est; reconnaissons-le, si facilement acceptée et observée dans les établissements fermés. Outre que chaque pensionnaire d'un même établissement en reconnaît, consciemment ou non, l'indispensabilité, surtout si le médecin dirigeant, s'adressant à sa raison, à son bon sens, la lui fait apprécier et toucher du doigt, il existe entre tous les pensionnaires d'un même établissement une émulation, un entraînement spécial qui fait qu'à part de rares exceptions, c'est à qui observera le mieux le règlement établi pour guérir plus vite et mieux que son voisin ; la communauté d'existence entre malades atteints de la même affection fait accepter allègrement et pratiquer sans même que l'on s'en doute un emploi du temps et des habitudes spéciales que la pratique de la cure libre ne rendra tolérables qu'à un petit nombre de tuberculeux, doués d'une foi robuste et d'une volonté soutenue peu commune.

Je puis affirmer l'exactitude de tout ce qui précède pour l'avoir expérimenté et éprouvé moi-même pour mon propre compte, comme malade doublé d'un médecin conscient du mal dont il était atteint et désireux de s'en guérir vite et bien.

Pour conclure sur ce point spécial du régime sanatorial et de la discipline intelligente qui en est le corollaire indispensable, je ne saurais trop répéter les paroles prononcées par le professeur Brouardel dans une conférence pour l'œuvre lorraine des tuberculeux :

« Mieux vaut un médecin grincheux avec une « discipline sévère qu'un médecin aimable et « complaisant qui laisse péricliter cette disci- « pline (1). »

C'est là sous une forme concise et véritablement lapidaire, posée, au moins en grande partie, l'antithèse qui existe entre la cure surveillée de la tuberculose pulmonaire et sa cure libre au cours de laquelle le malade échappe trop souvent à l'autorité bienveillante de son médecin, obligé de rester « aimable et complaisant » s'il veut plaire à son malade et continuer à le soigner.

(*A suivre.*)

(1) Dr H. Grillot, *loco citato*, page 207.
Voir aussi Plicque et Verhaeren, *La cure de la tuberculose dans les sanatoriums français*. C. Naud, éditeur, Paris, 1903, page 89.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La question des lits payants à l'hôpital (1).

Par M. le Dr Vignard, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Messieurs et chers Confrères,

La question des malades payants à l'hôpital, sur laquelle notre président m'a demandé de prendre la parole, est une de celles qui intéressent au plus haut point le corps médical tout entier. En effet, il ne s'agit de rien moins que de lutter contre l'obligation de soigner gratuitement presque tous les malades.

Présentée sous une forme aussi absolue, cette affirmation peut vous paraître paradoxale ; vous verrez, en l'analysant de plus près, qu'elle n'est pas exagérée.

Pour être plus clair, je vous demanderai la permission de définir et de délimiter la question, malgré que vous en connaissiez certainement déjà les lignes essentielles.

Il faut comprendre sous le titre de malades payants ceux qui payent de leurs deniers personnels les frais de séjour à l'hôpital, y compris les remèdes et les soins ; ces frais s'élèvent à 3 francs par jour dans les services de médecine et à 3 fr. 50 dans les services de chirurgie ; pour les enfants, ces chiffres sont ramenés à 2 francs et 2 fr. 50 par jour. Moyennant le paiement d'avance d'un mois de séjour: soit au maximum 105 francs, un malade, quels que soient son origine ou son état de fortune, a le droit d'entrer à l'hôpital et d'y être soigné pendant un mois. S'il est guéri au bout de quinze jours, on lui rend à la sortie la moitié de son argent et tout est dit.

En dehors de ces malades payants proprement dits, il en est d'autres qui payent également ou du moins pour lesquels on paye : ce sont, d'une part, les indigents des communes du Rhône et des départements ; d'autre part, les accidentés du travail.

Ne sont reçus à titre absolument gratuit que les indigents de la ville de Lyon munis d'un certificat en règle. Cette situation date seulement de quelques années ; naguère, les hôpitaux étaient ouverts à tous les indigents munis d'un certificat en bonne forme et ceux-ci étaient, comme vous le pensez, en assez grand nombre pour occuper à eux seuls presque tous les lits. Il y avait certainement beaucoup d'abus, mais le courant des malades vers Lyon était énorme, très supérieur au nombre des lits dont disposent les hôpitaux ; et tous ceux auxquels leurs ressources le permettaient préféraient se faire soigner à leurs frais plutôt que d'attendre très longtemps d'être hospitalisés.

L'élévation du prix de la journée a eu pour effet de restreindre beaucoup ce mouvement. Les communes hésitent à grever leurs budgets de sommes souvent onéreuses, surtout s'il s'agit de maladies longues et si elles ont plusieurs malades.

(1) Communication faite à la séance du 10 janvier 1906 du Syndicat des médecins du Rhône.

Vous n'avez aucune idée des tiraillements auxquels cette situation donne lieu et de l'état lamentable dans lequel on est parfois obligé de laisser partir certains malades auxquels, faute de fonds communaux, l'assistance gratuite se trouve retirée.

Dans un article publié il y a quelques années dans le *Lyon médical*, M. Vallas s'élevait déjà contre la transformation de l'Hôtel-Dieu en hôpital communal, d'hôpital général qu'il était. Il déplorait qu'on obligeât les communes à payer pour leurs malades, et il prédisait la transformation de l'asile des pauvres en ce qu'il appelait déjà la « Maison de santé à quarante sous » ! A ce moment, on venait de voter l'élévation du prix de la journée à 2 francs. A mesure que diminuait le nombre des indigents, des places laissées désormais libres par eux trouvaient des titulaires plus aisés. Tel qui eût été honteux d'aller à l'hôpital en sollicitant un certificat d'indigence, n'éprouve plus aucun scrupule dès le moment qu'il paye une somme qui lui paraît raisonnable.

Toutes les fois que j'ai fait observer à certains quils devraient laisser l'hôpital aux pauvres, je me suis attiré cette réponse très digne, et faite souvent sur un ton froissé: « Mais, Monsieur, j'entre aux payants ! »

L'administration hospitalière peut, quand elle le voudra, mettre le lit à 5 francs : elle restreindra encore le nombre des indigents, mais ne perdra pas un payant !

En somme, les règlements administratifs actuels, par l'élévation progressive du prix de journée, tendent de plus en plus à évincer les indigents pour donner à l'hôpital l'allure, la réputation d'une maison de santé où l'on paye et dans laquelle, par conséquent, on n'a plus aucun scrupule à se faire soigner.

Récemment, j'avais sous les yeux la lettre d'un père de famille dont l enfant est en traitement à la Charité. Dans cette lettre, adressée à l'économe, il demandait des nouvelles de son fils et annonçait l'arrivée d'un mandat destiné à couvrir les frais d'un prochain mois de séjour. Il ajoutait : « J'espère que vous me rendrez mon enfant en bon état et que vous pourrez être fier de votre travail comme moi je suis fier de l'argent que je vous envoie. »

Ceci vous peint un état d'âme qui peut se traduire ainsi :

« L'hôpital a des lits payants qui sont destinés à une catégorie de malades supérieurs aux indigents ; on peut donc, sans honte, sans être accusé de voler le bien des pauvres, occuper ces places ; je suis à l'hôpital, mais je suis payant. »

Vous me permettrez, je l'espère, à propos de la psychologie des malades, de ne pas faire état des scrupules qu'ils pourraient éprouver à la pensée que ceux qui les soignent ne reçoivent aucune rétribution. Quelques-uns l'ignorent, et, chez ceux qui le savent, cette pensée, croyez-moi, ne suscite aucun regret.

Cette manière de penser est d'ailleurs conforme à l'idée que l'on se fait du médecin dans le monde. C'est un homme qui ne vend rien, qui n'a engagé dans son industrie aucun fonds et qui n'a pas les mêmes besoins que le commun des mortels ; son rôle, d'ailleurs, est si beau !

Du reste, à l'heure actuelle, ces idées semblent vouloir sortir du domaine un peu vague de l'opinion et de la conscience populaires et se cristalliser pour ainsi dire en théories plus précises. Sous prétexte que le médecin peut remplir, au point de vue social, un rôle utile et élevé, on rêve d'en faire un des rouages de cette socialisation, de cette monopolisation générale qui nous promettent, paraît-il, des joies paradisiaques.

On ne nous cache pas que la vie du médecin fonctionnaire sera pénible et qu'il aura beaucoup à faire, puisqu il devra non seulement soigner les malades, mais veiller avec toutes les ressources de son esprit et de son art à prévenir les maladies. Bien plus, il deviendra un apôtre et devra donner l'exemple de toutes les tempérances et de toutes les vertus. Pour tout cela, bien entendu, il sera maigrement payé, mais en revanche il sera un conseil écouté, nécessaire, entouré du respect et de l'estime de tout le monde. Au fond, en échange de l'indépendance et des ressources qui l'assurent et qu'on lui ravira, on auréolera son front d'un nimbe dont il devra se contenter : on exaltera son rôle et on avilira sa situation. N'est-ce pas méconnaître cette loi fondamentale qui veut que plus une profession demande de dignité et de délicatesse, plus largement doivent être rétribués ceux qui en assument les responsabilités ?

Je m'excuse de sortir un peu de mon sujet, mais je ne puis m'empêcher de combattre des idées dont la vulgarisation cause à notre profession un préjudice énorme et contribue au développement des abus contre lesquels nous luttons.

Et c'est par là que je reviens à l'objet de cette conférence. Après avoir indiqué ce que j'appellerai les causes matérielles et morales du mal, je pourrais vous prouver, par des exemples, qu'il existe réellement. Je n'aurais qu'à vous rappeler les faits que j'ai publiés dans le *Lyon médical* et qui ont été reproduits dans le *Lyon républicain* du 5 octobre et plus récemment dans l'*Avenir médical*. J'estime que vous devez les connaître suffisamment et que vous avez vous-mêmes, dans votre clientèle, rencontré des cas analogues.

Récemment, un médecin de Saône-et-Loire m'écrivait pour me signaler qu'une malade qui devait subir une opération abdominale pour laquelle tout avait été convenu, avait brusquement disparu pour entrer incognito à l'hôpital, d'où elle était sortie guérie. Actuellement, ajoutait le médecin, elle fait école dans le pays et ne se gêne pas pour inviter ses connaissances à suivre son exemple.

On me citait, il y a huit jours à peine, le fait d'un employé de commerce dont les revenus sont évalués à 8,000 par an et qui était entré à l'hôpital pour se faire opérer d'une fissure à l'anus. Il y avait été incité par un de ses parents, peu aisé celui-là, et qui avait subi à l'hôpital une gastro-entéro-anastomose.

Un de nos confrère soignait, il y a peu de temps, un malade jouissant d'une véritable fortune. L'affection traînait un peu ; malade et médecin manifestaient quelque inquiétude et quelque impatience. Finalement, tout tourna court et la guérison survint. Mais quelle ne fut pas la stupéfaction de notre confrère en entendant un jour le malade convalescent lui dire très simplement : « Je ne vous cache pas que si cela avait duré, j'étais sur le point de me faire transporter à l'hôpital. » Et ce qu'il y a de plus fort, c'est qu'il y serait entré sans aucune difficulté. Il n'y a pas de discussion possible : tout malade qui consent à verser d'avance un mois de séjour a le droit

d'exiger son admission. Toutes les déclarations préalables, toutes les enquêtes consécutives ne changeront rien à la lettre et à l'esprit du règlement hospitalier, qui est formel.

Je sais bien qu'on a tenté de le rendre plus sévère, en menaçant les malades de foudres judiciaires ; mais la menace est vaine et ne peut être consacrée par aucune sanction pénale tant que le règlement en vigueur n'aura pas été modifié. J'espère que, de concert avec l'administration, qui paraît animée d'excellentes intentions, nous arriverons à mettre à l'admission des malades payants des conditions suffisamment restrictives pour que cessent, sinon tous les abus, du moins les plus criants.

Il serait trop long de vous mettre au courant des divers projets que la commission mixte nommée à cet effet sera appelée à examiner, et cela serait d'autant plus fastidieux qu'il s'agit de propositions qui seront profondément modifiées après examen.

Mais il faut bien savoir qu'un règlement sera toujours très élastique. En l'espèce, cela est même nécessaire, car il faut se rappeler que, parmi les malades qui payent de leur poche, il en est que leur situation précaire place pour ainsi dire au seuil de l'indigence. Il sera nécessaire que la réglementation facilite à ceux-là l'accès de l'hôpital dans la plus large mesure et qu'elle garde ses sévérités pour ceux dont la situation est nettement aisée.

Ai-je besoin de vous dire quel concours peuvent apporter à l'exécution du règlement, à la répression des abus, tous les médecins praticiens sans distinction ? Eux seuls connaissent suffisamment la situation des malades et eux seuls peuvent *éviter qu'ils soient les victimes* d'une sévérité excessive ou les *bénéficiaires* d'une complaisance injustifiée.

Il importe que l'union soit complète entre le corps des praticiens et le corps hospitalier.

Vous me permettrez bien de vous le dire, puisque non seulement cela me tient au cœur, mais touche aussi à mon sujet.

Il a pu exister entre les uns et les autres des dissentiments créés de part et d'autre par des faits particuliers et certainement regrettables, mais je ne crois pas qu'ils soient de nature à créer un fossé profond entre hommes qui ont tout intérêt à se connaître et, dès lors, à s'estimer davantage.

On a reproché au corps hospitalier de vouloir ignorer le praticien et de méconnaître son existence et ses droits légitimes.

Je ne crois pas que ce soit une habitude, et si quelques faits ont pu le laisser supposer, ils me paraissent susceptibles d'une explication très générale et que voici :

Il paraîtrait naturel que l'énorme transit de malades qui se fait de la clientèle particulière à l'hôpital fût l'occasion de rapports nombreux entre les médecins traitants et leurs confrères des hôpitaux. Eh bien, il n'en est rien. Pour ne parler que de ce qui me concerne, je ne crois pas avoir reçu cent lettres de médecins, pour près de six cents malades, qui ont été hospitalisés dans mon service pendant l'année 1905. Il est juste de dire que nombre de lettres adressées à l'interne de porte restent entre ses mains et ne parviennent pas au chef de service.

Mais cette restriction faite, combien de malades nous arrivent sur lesquels nous ne savons rien ! Et sur le nombre combien auraient pu être soignés ailleurs qu'à l'hôpital !

C'est toutes les semaines que s'engagent entre le malade ou ses parents et le médecin des dialogues comme celui-ci : « Le malade se plaint de ce qu'il n'est pas l'objet d'une sollicitude constante et semble exprimer des regrets d'être entré à l'hôpital ». Vous lui faites remarquer que rien ne l'obligeait à y venir et qu'il aurait pu trouver des soins plus minutieux dans un autre milieu. Et il vous répond : « Pouvais-je le savoir ? Mon médecin m'a dit qu'il fallait que j'entre à l'hôpital, et j'y suis entré ».

Vous lui objecterez alors que c'est à cause de sa situation qu'on a cru devoir lui donner ce conseil, et vous lui faites comprendre que le traitement de sa maladie en dehors de l'hôpital lui aurait coûté, tous frais compris, entre 400 et 600 francs par exemple. Et vous êtes tout étonné de l'entendre vous répondre : « Mais, monsieur, j'aurais parfaitement fait ce sacrifice pour ma santé ou pour celle de mon enfant ». Et vos reproches vont *in petto*, au médecin qui n'a pas su (alors qu'il était seul à pouvoir le faire) poser cette question et s'occuper de lui donner une solution profitable, quoique digne, non seulement pour celui qu'il aurait fait appeler, mais pour lui-même.

En effet, si nos efforts réunis arrivent à donner au problème très complexe qui nous occupe une solution satisfaisante, il ne faut pas oublier que les malades qui n'entreront pas à l'hôpital ne seront pas toujours des Crésus. A une clientèle dont les ressources seront le plus souvent limitées devront être appliqués fatalement des tarifs d'honoraires plus réduits.

Nous concevons fort bien que des maîtres dont la célébrité attire à juste titre et spontanément une clientèle très aisée et qui doit payer cher, ne puissent que difficilement s'adapter aux besoins d'une catégorie de malades plus modestes ; mais je crois que ceux-ci ne se trouveraient point mal d'être soignés par de plus jeunes en renommée ou de moins riches en titres. Tout le monde en bénéficierait, et je crois que, du fait de rapprochements nombreux et de relations plus fréquentes, les rapports s'amélioreraient beaucoup entre toutes les fractions du corps médical.

Quelles que soient les modifications qui seront apportées au règlement, et dans le cas surtout où rien n'y serait changé, il faut que les médecins de la ville et surtout ceux de la campagne et des départements voisins se fassent un véritable cas de conscience de diriger eux-mêmes sur l'hôpital des malades que leur situation destine à d'autres soins.

Que si d'aventure ces malades, trompant leur confiance, s'introduisaient à l'hôpital, je ne crois pas m'avancer trop en déclarant qu'ils trouveraient, dans les membres du corps hospitalier, désormais avertis, des défenseurs décidés de leurs intérêts communs.

En outre, les chefs de service pourraient adopter comme règle de demander au préalable, sauf urgence absolue, des renseignements, d'ailleurs tout confidentiels, au médecin de tout malade payant qui entre sans lettre d'introduction et qui pourrait toujours être suspecté d'avoir brûlé la politesse à celui qui le traitait et de vouloir exploiter celui auquel il se confie, à l'hôpital.

Mais, encore une fois, ceci demande de l'entente, de l'union, une plus juste et une plus équitable appréciation de nos rôles et de nos rapports réciproques. Et c'est par cet appel à la concorde que je termine, puisque aussi bien il est écrit que : « Tout royaume divisé contre lui-même périra. »

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Il est encore bien des gens qui découvrent aujourd'hui la nécessité de modifier les études médicales, et sont tentés de croire que les pouvoirs publics sont aussi peu renseignés qu'eux-mêmes.

Nous ne saurions mieux faire pour les détromper que de mettre sous leurs yeux le document suivant.

C'est un extrait du Rapport de M. le Dr Symian, député de Saône-et-Loire, sur le budget du Ministère de l'instruction publique, rapport qui date de l'avant-dernier exercice et résume parfaitement tout ce que l'enquête du « *Concours médical* » avait démontré dès cette époque.

Les facultés de médecine.

Pourquoi faut-il que je n'en puisse dire autant de l'œuvre des facultés de médecine, où il semble bien qu'il y ait eu, depuis quelques années, et sous l'influence de causes bien diverses, comme une sorte de ralentissement dans la production scientifique de ces grands corps ?

Alors qu'au commencement du siècle, les plus importantes découvertes, dans l'ordre de la physiologie et de la pathologie, sont l'œuvre de nos professeurs de médecine, c'est ailleurs maintenant, sauf de glorieuses exceptions, que le mouvement scientifique paraît s'être réfugié. C'est au Collège de France, c'est à l'Institut Pasteur, que le travail fécond et créateur transforme et renouvelle la science. La Faculté de Paris, où de si grandes voix se firent entendre, ne paraît même pas avoir conservé, entière, sa supériorité incontestée d'autrefois. Il semble que les conditions économiques de la vie moderne, la nécessité pour les jeunes médecins de rechercher avant tout la clientèle, y soient pour quelque chose ; il semble aussi qu'une autre cause agisse également. Les concours de l'agrégation deviennent de jour en jour plus difficiles et plus disputés. On n'arrive à rien, en médecine, sans être passé par là ; mais, comme les concours développent surtout une faculté subalterne, la mémoire, nos jeunes savants, même quand ils sont parvenus au succès, se trouvent la plupart du temps essoufflés et épuisés, incapables d'un nouveau grand effort.

Il y a lieu d'appeler sur ce point l'attention de M. le ministre et du Conseil supérieur de l'instruction publique.

L'agrégation des facultés de médecine soulève d'ailleurs une autre question du plus vif intérêt.

Notre enseignement supérieur présente, en effet, une irrégularité singulière dont les conséquences tendent à devenir très graves, et qui touche au recrutement même des professeurs de nos facultés de médecine. L'année dernière déjà, à propos de la discussion du budget de l'instruction publique, notre collègue, M. Cazeneuve, signalait à la Chambre cette question pressante ; il importe d'y revenir.

Les facultés de médecine se recrutent, comme les facultés de droit, par des concours d'agrégation. Les candidats y doivent faire preuve de connaissances étendues et précises, et en même temps de qualités sérieuses d'enseignement ; ils doivent de plus avoir produit, au préalable, des travaux personnels reposant sur des recherches originales. Ils ont dû, par conséquent, acquérir un bagage scientifique considérable et déjà contribuer à faire avancer la science. La préparation d'un tel concours exige naturellement beaucoup de temps et beaucoup de peine. Or, l'agrégé, une fois nommé, n'est pas, comme on pourrait le croire, en possession définitive de la situation modeste, pécuniairement parlant, qu'il a conquise. Il n'est nommé que pour neuf ans.

Pendant ces neuf années, il participe à toute la vie de faculté ; il enseigne, il fait passer des examens, il travaille dans les laboratoires ou dans les hôpitaux, tout cela pour un traitement plutôt médiocre, 3.000 fr. en province, 4.000 fr. à Paris. Au bout de ce laps de temps, alors que toutes ses facultés de professeur et de chercheur ont pu se développer, alors qu'il pourrait rendre de plus grands services encore à notre haut enseignement, on le remercie et il devient « agrégé libre ».

Libre, cela veut dire qu'il n'est plus rien dans cette faculté où il a enseigné, où il a contribué à former des docteurs instruits, dans cette faculté qu'il a souvent honorée par ses travaux. Plus de situation pour lui, rien, plus rien qu'un vain titre.

Mais c'est surtout la condition des agrégés des sciences, dites accessoires de la médecine, qui devient particulièrement pénible : agrégés de physique, de chimie biologique, d'histoire naturelle, d'anatomie ou d'histologie, de physiologie, toutes sciences qui, on le sait, sont à la base des connaissances médicales actuelles, en forment le solide fondement et auxquelles la médecine, depuis un siècle environ, a cessé d'être un stérile empirisme.

Les agrégés de cet ordre n'ont, pour la plupart, jamais songé à faire de la clientèle. Hommes de laboratoire et d'enseignement, ils n'ont vécu que pour leurs fonctions et pour leurs recherches. Les agrégés de médecine et de chirurgie, grâce à leur titre même, ont pu se créer une clientèle honorable, de sorte qu'après leurs neuf années d'exercice, ils ont en général devant eux une belle situation matérielle. Mais que peuvent devenir leurs collègues, hommes de science pure ? Poser la question, c'est en dévoiler le côté pénible, on pourrait dire la cruauté.

Les facultés de médecine sont les seules où pareille anomalie se présente. Pourquoi cette exception ? Cela est venu, sans contredit, de ce que le diplôme de docteur en médecine et le titre d'agrégé permettaient jadis à ceux qui en étaient pourvus de gagner leur vie par la pratique, en dehors de l'Université, ce qui est impossible aux maîtres des facultés des lettres et des sciences.

Les agrégés des facultés de médecine qui peuvent se créer une clientèle n'ont pas souffert et ne souffrent pas de cette mesure. A l'époque lointaine où fut élaboré le premier statut de l'agrégation, ceux-ci étaient la très grande majorité. Mais avec le développement de la science et particulièrement des sciences biologiques, véritables disciplines intellectuelles des futurs médecins, tout cela a changé. Le nombre des agrégés qui n'ont, ne peuvent et ne doivent avoir ni service d'hôpital, ni clientèle, est devenu très grand. Ces agrégés sans clientèle sont donc privés de toute sécurité matérielle.

Le régime actuel leur enlève également, au bout de neuf ans, toute possibilité de travail. Il est dur pour un agrégé qui, pendant les années qui ont précédé le concours et pendant la durée de ses fonctions, s'est consacré aux études scientifiques exclusivement, de se trouver, en pleine maturité, éloigné d'une faculté dans laquelle et pour laquelle il a travaillé jusqu'alors, de n'avoir pas le droit à un laboratoire, d'être obligé de demander une hospitalité que ses maîtres ne lui refuseront sans doute pas, mais qui est, en fin de compte, une faveur qu'il faut solliciter.

Ainsi, en fait, l'Université refuse à des hommes qu'elle a appelés à elle à la fois une position scien-

tifique stable et les moyens matériels d'existence. Est-ce avec la perspective d'un traitement de 3,000 ou 4,000 fr. pendant neuf ans que l'Université peut avoir aujourd'hui la prétention de s'attacher des hommes de science, uniquement voués à la science ?

Et cependant, jusqu'à présent, elle a eu la chance de conserver, avec de si modestes appointements, des hommes remarquables, se consacrant tout entiers à leurs fonctions de professeurs et à leurs recherches, honorant ainsi doublement notre pays. La direction de l'enseignement supérieur, soucieuse de remédier à cette anomalie de notre enseignement, avait décidé que les facultés intéressées pourraient demander la prorogation, dans leurs fonctions, des agrégés des sciences accessoires qui, par la valeur de leur enseignement et par leurs travaux personnels, avaient mérité d'être distingués.

Cette mesure a cessé d'être appliquée. On peut en prévoir les pires conséquences, telles que l'insuffisance ou la médiocrité du recrutement, le découragement des jeunes agrégés, la diminution des recherches biologiques, déjà si restreintes dans notre pays. Ces conséquences, d'ailleurs, ont commencé à se faire sentir. Les agrégés de chimie cherchent dans l'industrie la sécurité matérielle qui leur est refusée. Sur trois agrégés de physiologie dont les fonctions arrivent à leur terme en 1904, deux vont tenter des spécialités médicales et le troisième cherche une situation de médecin de campagne. Parmi les agrégés d'anatomie et d'histologie qui sont dans le même cas, celui-ci va s'occuper d'ophtalmologie, celui-là de chirurgie, et cet autre, désespéré, ne sait que devenir. Tous sont perdus pour la science. Et cela, pendant qu'en Allemagne abondent les travailleurs.

Si l'on veut que nos facultés de médecine conservent leur renom, il est impossible que l'on ne remédie pas à une situation qui les priverait vite de leurs meilleurs et plus actifs éléments.

D'autre part, sans doute, il importe que le rajeunissement de ces facultés ne soit pas touché par les mesures à prendre et que l'apport d'éléments nouveaux y reste possible. Des combinaisons diverses ont été proposées déjà ; il en est de réalisables. Il y a quelques mois, une commission a été nommée par M. le ministre de l'instruction publique, dans le but de s'occuper de la réforme de l'agrégation. Il faut que cette commission soit à même de se réunir le plus tôt possible. Nous devions ici signaler toute l'étendue et toute la gravité du mal.

Cette commission pourrait également étudier, et il y aurait là sans doute un débouché pour les agrégés libres, la réforme de l'enseignement dans les facultés de médecine.

L'évolution et le progrès des sciences médicales ont créé de nouveaux devoirs aux médecins. Le temps n'est plus où ceux-ci se contentaient des examens superficiels d'autrefois, le pouls, l'auscultation ou la percussion.

Les méthodes nouvelles ont permis de pénétrer plus avant dans les secrets de la maladie, de préciser le diagnostic et d'assurer la thérapeutique sur des bases plus solides. Il serait puéril de dire que le médecin doit, avant d'intervenir, se rendre compte non seulement de la nature de la maladie, mais aussi de l'intensité des troubles qu'elle a apportés dans les organes

Cette investigation nécessite des examens multiples et délicats. Ce n'est pas ici le lieu de les développer, mais on peut citer au moins les méthodes les plus récentes: la bactérioscopie, la radiographie, la cystoscopie, l'hématoscopie, etc.

Les médecins connaissent ces méthodes d'examen, la plupart par ouï-dire, fort peu pour les avoir pratiquées.

Pourquoi ne les ont-ils pas pratiquées ?

D'abord parce que leur temps est absorbé par les cours théoriques, souvent parfaitement inutiles ; ensuite parce que les laboratoires sont trop exigus et manquent de ressources et de personnel.

Les professeurs des cours théoriques ne peuvent que paraphraser, développer, compléter ce que l'étudiant peut lire dans les livres. Ces cours ne sont que des prétextes à brillants discours pour le professeur, mais l'élève y perd un temps précieux qui serait mieux employé à l'hôpital ou au laboratoire.

Est-ce à dire que l'enseignement des pathologies doive être supprimé ? Assurément, non ; mais il doit être confié aux professeurs de clinique. L'intérêt de la clinique est précisément de montrer en quoi un malade s'éloigne ou se rapproche de la moyenne des cas analogues, moyenne qui n'est autre que la base de la pathologie. Il est donc très naturel que les professeurs de clinique, en étudiant leurs malades, puissent faire en même temps un exposé de la pathologie. En fait, ils le font tous, pour le plus grand profit des élèves, dont l'esprit doit être habitué à cette idée qu'ils auront à soigner des malades et non des maladies.

Quant aux laboratoires, leur exiguïté, connue de tous, met les élèves dans l'impossibilité absolue de se livrer aux études pratiques qui leur sont pourtant indispensables.

Sans doute de grands progrès ont été réalisés mais combien insuffisants ! Quelques privilégiés seulement peuvent acquérir le maniement des instruments d'exploration. A la plupart on se contente de les faire voir, parce que ces instruments sont en trop petit nombre et le personnel enseignant trop restreint.

Et, reçu docteur, l'étudiant s'en ira faire de la clientèle et examinera ses malades comme on les examinait il y a cinquante ans !

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Nous avons déjà parlé à différentes reprises de l'Œuvre de prévoyance médicale que préparaient depuis quelque temps MM. les Drs Hyvert (de Nérondes, Cher) et Vimont (de Paris).

Aujourd'hui, nous parviennent les statuts approuvés par arrêté ministériel du 12 janvier 1906.

Nos lecteurs sont maintenant assez familiarisés avec ce genre d'études pour que nous puissions nous dispenser d'un examen détaillé du programme adopté par nos deux confrères et des voies et moyens qu'ils ont choisis sans négliger les avis d'actuaire.

Nous connaissons d'ailleurs leur amabilité ; ils n'hésiteront pas à répondre à toutes demandes d'explications qui pourront être adressées par les membres du Concours Médical, comme le font MM. Coutant et Levraud (de Saumur), pour la Mutuelle de retraites qu'ils créèrent il y a quelques années.

Mutuelle Générale des médecins français

Société de Secours mutuels approuvée par arrêté du 12 janvier 1906

Formation et but de la Société

ARTICLE PREMIER

La Société « La Mutuelle Générale des Médecins Français » se propose :

De venir en aide à ses sociétaires malades ou blessés, par des indemnités pécuniaires ;

De leur constituer des pensions de retraite dont le maximum ne peut dépasser 360 francs, conformément au décret du 26 avril 1856 et de leur donner, selon les cas, des allocations annuelles renouvelables.

D'assurer à leurs ayants droit, au décès de chacun d'eux, un capital de 1.000 francs par une assurance collective.

ARTICLE 2.

Les moyens d'action de la Société sont :

La publication d'un livre d'or des membres honoraires ; d'un annuaire, de notes communiquées à la presse médicale ou d'un bulletin périodique spécial, etc...

Composition de la Société.

La Société se compose de membres honoraires et de membres participants.

ARTICLE 3.

Les Membres honoraires n'ont aucun droit aux avantages matériels de la Société.

Ils comprennent :

Des membres fondateurs qui versent en une ou plusieurs fois 10.000 francs.

Des membres bienfaiteurs qui versent 1.000 francs par an.

Des membres honoraires perpétuels qui versent une fois 500 francs.

Des membres honoraires qui versent 30 francs par an.

Des membres donateurs qui versent une somme quelconque ;

La Société pourra également nommer membres d'honneur les personnes qui auront rendu de très grands services à la Société.

ARTICLE 4.

Les Membres participants jouissent de tous les avantages de la Société ; ils paient un droit d'entrée de 20 francs, augmenté de cinquante centimes par année d'âge.

Les admissions n'ont lieu qu'entre 22 et 60 ans.

Peuvent être membres participants :

Tous les médecins français ou naturalisés exerçant en France et en Algérie.

Les femmes de médecins ou leurs veuves, non divorcées et non remariées.

Tous les étudiants en médecine ayant accompli leur service militaire et en cours régulier d'études ;

ARTICLE 5.

Les conditions d'entrées sont :

La demande du sociétaire, qui doit n'être atteint d'aucune affection chronique ou constitutionnelle ;

Un extrait de naissance ;

Un certificat médical comportant un rapport complet sur l'état des organes et sur l'examen des urines. La visite doit être passée par un médecin correspondant ou, à défaut, par un médecin affilié à une société de prévoyance médicale.

Déclaration de l'enregistrement du diplôme pour les docteurs ; pour les étudiants, le reçu de la dernière inscription.

ARTICLE 6.

La qualité de membre de l'association se perd par démission et par radiation prononcée par le conseil d'administration, le membre intéressé ayant été préalablement appelé à fournir ses explications.

Tout membre démissionnaire ou exclus n'a droit à aucun remboursement.

Administration.

ARTICLE 7.

La Société est administrée par un conseil d'administration de 10 à 22 membres, nommés pour 3 ans, au bulletin secret, par les membres présents à l'assemblée générale. Les sociétaires désireux de prendre part au vote et qui, pour cause d'éloignement ou de maladie, ne pourraient assister à l'assemblée, enverront procuration sur papier libre aux membres présents de leur choix. Chacun de ces derniers ne pourra représenter plus de 9 membres absents.

ARTICLE 8.

Le président est nommé pour 5 ans, à la majorité des voix. Le bureau qui fait partie de droit des différentes commissions du conseil (si celui-ci comprend 22 membres) se compose d'un président, d'un secrétaire général, d'un trésorier général, d'un ou plusieurs vice-présidents, d'un secrétaire et d'un trésorier adjoint.

Toutes ces fonctions sont gratuites.

ARTICLE 9.

Le bureau et le conseil se réuniront une fois tous les deux mois ou chaque fois qu'ils sont convoqués par le président. Il est tenu procès-verbal des séances, qui est signé par le président et le secrétaire.

ARTICLE 10.

L'Assemblée générale a lieu au moins une fois par an, et, en principe, deux fois, vers mars et octobre.

ARTICLE 11.

L'association est représentée en justice par le trésorier.

ARTICLE 12.

Il sera, en outre, organisé des Comités départementaux. Ces Comités, entièrement libres pour le choix de leurs membres et les dates de leurs réunions, seront chargés de la propagande, des enquêtes, de l'organisation des fêtes locales. Ils ne pourront prendre aucune décision engageant la Société.

Organisation Financière.

ARTICLE 13.

Les ressources annuelles et éventuelles de la Société se composent :

Des cotisations, souscriptions des membres de la Société et de leurs revenus ;

Des subventions ;

Du produit des ressources créées à titre exceptionnel ;

Des droits d'admission ;

Du produit des fêtes et tombolas régulièrement autorisées ;

Des amendes.

ARTICLE 14.

Le capital social sera divisé en 4 comptes distincts.

Compte fonds maladie,
Compte fonds de retraite,
Compte fonds d'assurance ou décès,
Compte fonds de secours.

Les recettes et les dépenses seront attribuées selon leur matière à chacun de ces comptes.

ARTICLE 15.

Il sera formé une caisse de réserve qui se composera :

1° Des sommes nécessaires à la constitution des retraites.

2° D'une partie de l'excédent des ressources annuelles et des libéralités autorisées sans affectation spéciale.

ARTICLE 16.

Les fonds de réserve sont placés en rentes nominatives 3 % sur l'Etat, ou en obligations nominatives de chemins de fer dont le minimum d'intérêt est garanti par l'État ou déposés à la Caisse des dépôts et consignations.

ARTICLE 17.

Les fonds en caisse ne peuvent excéder la somme nécessaire aux besoins du service.

L'excédent doit être placé à la Caisse des dépôts et consignations en compte courant disponible.

Obligations des Sociétaires.

ARTICLE 18.

Tous les membres de la Société s'engagent en y entrant à accepter toutes les obligations présentées par les statuts et règlements.

Ils s'engagent :

1° A payer un droit d'entrée qui est à 22 ans de 20 francs, auquel on ajoute 0 fr. 50, par année d'âge.

2° Payer une cotisation qui donne droit à tous les avantages de la Société, maladie, décès, retraite, secours et qui varie selon la combinaison A, ou la combinaison B, qui ne diffèrent que pour la retraite selon qu'elle est acquise à 60 ans ou à 50 ans d'âge et dans tous les cas, après 15 ans de participation.

Combinaison A. Retraite à 60 ans, après 15 ans de participation :

20 à 30 ans............	80 francs.
30 à 35 ans............	100 —
35 à 40 ans............	120 —
40 à 45 ans............	150 —
45 à 50 ans............	180 —
50 à 55 ans............	250 —
55 à 60 ans............	300 —

Combinaison B. Retraite à 50 ans, après 15 ans de participation :

22 à 25 ans............	125 francs.
25 à 28 ans............	150 —
28 à 30 ans............	170 —
30 à 33 ans............	200 —
33 à 35 ans............	250 —
35 à 40 ans............	300 —

ARTICLE 19.

Les membres jouissant de la retraite n'ont plus droit aux autres avantages de la Société à moins de continuer à payer une cotisation spéciale qui est de ;

60 francs de 50 à 55 ans.

80 francs de 55 à 60 ans.

100 francs au-delà de 60 ans.

ARTICLE 20.

Les cotisations non parvenues au trésorier le 31 janvier et le 31 juillet seront recouvrées par la poste aux frais des sociétaires ; un retard de six mois ne donne droit à aucune indemnité de décès ; un retard d'un an amène la radiation après mise en demeure, par lettre recommandée signée du secrétaire.

Obligations de la Société.

Fonctionnement de la Caisse maladie-accident et de la Caisse secours-gestion.

ARTICLE 21.

En cas d'incapacité dûment constatée, la Société alloue à ses membres blessés ou malades une indemnité quotidienne de 5 fr. pendant 60 jours et de 4 frs. pendant les 30 jours suivants, pendant une période de 365 jours du commencement de la maladie. Il n'y a pas de rappel des 4 premiers jours. Les 6 premiers mois après l'admission ne donnent pas droit à l'indemnité.

ARTICLE 22.

Dans les cas chroniques, le sociétaire reçoit une indemnité renouvelable qui ne doit pas dépasser le chiffre de la retraite. Cette indemnité, d'ailleurs variable, peut être augmentée par la caisse de secours.

ARTICLE 23.

Le droit à l'indemnité maladie s'entend pour le médecin dans l'impossibilité de sortir ; pour les femmes, les étudiants et les médecins qui n'exercent plus, l'obligation de garder la chambre.

ARTICLE 24.

Aussitôt malade, le Sociétaire doit avertir la Société et envoyer, à l'appui, un certificat médical dans le délai maximum de 10 jours (certificat renouvelé de 10 jours en 10 jours) au cours de la maladie. A la guérison, le certificat doit être adressé au secrétaire 3 jours après au maximum.

La Société se réserve tous droits de visite ou de contrôle.

Pensions viagères de Retraite.

ARTICLE 25.

Soit par le fonds commun, soit par la Caisse nationale de retraite pour la vieillesse, soit à l'aide de caisses-autonomes, il sera accordé aux assurés des pensions, dont le maximum ne peut dépasser 360 francs.

Assurances.

ARTICLE 26.

La Société contractera les assurances collectives au décès autorisées par la loi.

Le chiffre ne saurait excéder 1.000 francs.

ARTICLE 27.

L'Assemblée générale peut fixer annuellement le montant d'une allocation renouvelable dans des cas déterminés suivant les propositions et avis du conseil l'Administration après ratification de l'Assemblée générale, qui est versée aux membres participants âgés de 60 ans, qu'ils exercent ou non, de 50 ans s'ils ne paient plus patente (docteurs) et s'ils sont frappés d'incapacité.

Police et discipline.

ARTICLE 28.

Tout membre participant qui fait une déclaration inexacte, qui ne se fait pas représenter à l'Assemblée générale, qui n'envoie pas régulièrement ses certificats de maladie encourt une amende de 5 fr.

Ces amendes sont payables avant les cotisations.

ARTICLE 29.

Les discussions politiques ou religieuses sont interdites.

Modifications aux Statuts. Dissolution. Liquidation.

ARTICLE 30.

Les Statuts ne peuvent être modifiés que sur la proposition du Bureau ou celle du 1/4 des sociétaires au moins.

ARTICLE 31.

La dissolution ne peut être prononcée que dans les mêmes formes et la liquidation s'opère suivant les prescriptions de l'art. 31 de la loi du 1er avril 1898.

Remarque

Dans un but d'union sur le terrain neutre de la Mutualité, la Mutuelle Générale serait heureuse d'obtenir l'autorisation de contracter toutes les assurances possibles aux Sociétés de prévoyance médicales existantes.

Bureau élu.

Docteur Hyvert, de Nérondes (Cher), organisateur de la Société.

Docteur Vimont, 8, rue Etienne-Marcel, Paris, organisateur de la Société.

Docteur Edmond Vidal, 5, rue Bourlan, Alger.

Docteur Cotar, Vichy (Allier) et Paris.

Docteur Baude, au Buisson, par Coincy (Aisne).

Docteur Grange, 72, avenue de la République, Paris.

Docteur Laisney, 38, rue Ordener, Paris.

CORRESPONDANCE

Paris, 7 février 1906.

Mon cher confrère,

Tout à fait par hasard, j'apprends par un article du *Concours Médical* (23 septembre 1905), qui avait échappé à mon attention, que je suis oculiste de l'*Œuvre des maladies professionnelles des membres de l'enseignement primaire public de la Seine*.

C'est vraiment très drôle, mais je l'ignorais. Jamais personne ne m'en a fait part, et jamais je n'ai vu un malade se présentant au nom de cette Société.

J'approuve entièrement l'auteur de l'article du *Concours Médical* et, bien entendu, je me suis fait rayer de cette Société dont, encore une fois, j'ignorais même l'existence.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr P. DE FONT-RÉAULX.

N.B. Je vous serai reconnaissant de vouloir bien, si possible, publier cette rectification dans un de vos prochains numéros.

— Notre correspondant, fils de l'ancien fondateur et Président du Syndicat de la Haute-Vienne, ne pouvait déroger aux traditions qui ont inspiré les œuvres de défense professionnelle. (NOTE DE LA DIRECTION.)

VARIA

Le médecin-major de nos campagnes.

Un lecteur nous adresse l'article suivant du *Républicain de la Meuse* (28 janvier 1906).

Est-ce le voisinage du pays du caporalisme qui suggère des rêves de ce genre ? Il semble que l'auteur de ce projet ne s'en défende pas trop.

En tout cas l'idée est d'un profane, croyons-nous, qui raisonne et s'exprime comme nos chers présidents de Sociétés de Secours mutuels.

Nous serions curieux de savoir comment il s'accommoderait de son régime le jour où, la maladie l'ayant atteint lui ou les siens, il n'aurait nulle confiance dans le médecin chargé de son *secteur*.

C'est un point qu'il nous paraît avoir insuffisamment prévu : il est de ceux qui font vraiment bon marché de leur liberté personnelle.... quand ils se portent bien, mais qui seraient peut-être fort embarrassés de se voir accorder ce qu'ils demandent.

La gratuité des soins médicaux.

Les médecins, dont le nombre s'accroît chaque jour d'une façon inquiétante, alors qu'au contraire les maladies diminuent de plus en plus d'intensité, se plaignent de la lutte qu'ils sont obligés de soutenir pour arriver à joindre les deux bouts.

Il est évident qu'autrefois le nombre des praticiens étant plus restreint et l'absence d'hygiène étant de rigueur presque partout, les maladies et les malades abondaient et qu'un médecin consciencieux, actif et instruit, se faisait de bons revenus.

Sans parler des princes de la science qui arrivaient à gagner deux cent, quatre cent, et même six cent mille francs par an, la bonne moyenne de nos Esculapes modernes touchait, bon an mal an, de vingt à trente mille francs sans trop se la fouler. Même dans les quartiers pauvres des grandes villes et dans les villages accrochés aux flancs des montagnes, le médecin de jadis vivait heureux, accumulait dans son coffre de quoi élever ses fils et doter largement ses filles, et le niveau de leur culture intellectuelle et scientifique était loin d'atteindre celui de notre personnel médical actuel.

Or, en quelques années, les choses ont changé du tout au tout ; le médecin crie famine, le malade se plaint qu'on l'écorche et ne fait appel à la science qu'à la dernière extrémité, d'où, naturellement, mortalité supérieure à ce qu'elle devrait être.

Ne pouvant plus vivre à l'aise ou même modestement à la campagne, c'est dans les villes, c'est dans les grandes cités que la génération médicale actuelle se réfugie ; on y vit mal, on trime, on s'use vite, mais on mange... Et les campagnes sont délaissées ; il existe un médecin pour dix ou quinze pays, les malades sont visités irrégulièrement et, en fin de compte, malades et médecins vivent malheureux faute de pouvoir s'entendre.

Or, pourquoi l'Etat n'essayerait-il pas d'apporter un remède à cet état de chose néfaste, et pour la santé publique et pour le recensement médical, en appliquant un *modus vivendi* qui a existé autrefois en Allemagne et dont on se trouvait parfaitement bien ?...

Pourquoi ne pas créer des « *Médecins communaux* » rétribués exclusivement par l'Etat ?

Les médecins des régiments, les médecins de la marine, ne sont-ils pas des fonctionnaires chargés du service médical aux frais de l'Etat ?

Dans chaque canton, dans chaque agglomération de villages formant un chiffre de population de 5,000 habitants par exemple, ne pourrait-il pas y avoir un médecin chargé de soigner *gratuitement* tout le monde moyennant une rétribution annuelle de « tant » payée par l'Etat ?

Le percepteur, le prêtre, l'agent-voyer, le facteur, le receveur des postes, l'instituteur, le cantonnier, ne sont-ils pas chargés d'un service public rétribué exclusivement par la commune ou l'Etat ? N'existe-t-il pas des « pharmacies » communales ? N'existe-t-il pas des « dispensaires » cantonaux ? L'hôpital lui-même n'est-il pas entretenu par les deniers de tous et les soins n'y sont-ils pas donnés gratuitement à tous par des médecins payés par le département, la ville ou l'Etat ?

Pourquoi ne pas généraliser pour la médecine ce qui se fait dans toutes les autres branches de métiers ?

Un médecin, chargé d'un « secteur » de ville ou d'un agglomération de villages, vivrait heureux si, sans souci d'argent, sans craindre de soigner des gens qui ne pourraient le payer ensuite, il donnait son temps, son talent et son dévouement aux infortunés qui auraient besoin de lui.

Sans bourse délier, le patient serait soigné ; il n'attendrait pas d'être à l'article de la mort pour faire appeler à son chevet celui qui pourrait le guérir quelquefois, le soulager souvent et le réconforter toujours, et la promptitude de ces secours éviterait chaque fois des deuils cruels ou des infirmités douloureuses parfois incurables.

Le médecin ne vit pas de l'air du temps : comme les autres, il lui faut du pain pour lui et pour les siens, et il est naturel qu'il exige un salaire en récompense de son savoir ; quand on ne le paie pas, pourquoi voudrait-on qu'il soigne des malades ? Par charité ? Le boulanger, le marchand de vins, le boucher, donne-t-il son pain, son vin ou son morceau de viande par charité chrétienne, laïque ou sociale ? Non... à chacun son dû légitimement gagné !

La loi de 1894 confère la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques aux indigents ; depuis que cette loi est appliquée, elle a rendu d'immenses services et a sauvé d'une mort certaine des milliers d'enfants, d'adultes et même des vieillards.

Pourquoi ?

Parce que payé, chichement il est vrai, mais payé tout de même, le médecin vient quand on le demande et parce que le nécessiteux n'attend pas huit jours avant de faire appeler celui qui doit le soigner.

Or, je le répète exprès, c'est la promptitude du secours qui évite le danger. Donner des soins à un typhique à son 15e jour de maladie, à un pneumonique après cinq jours de défection, à un rhumatisant alors que son cœur est atteint, c'est à peu près inutile... l'ordonnance et le certificat de décès peuvent être délivrés en même temps ! Et 99 fois sur 100 la guérison sera certaine si, au contraire, dès la première fois, les soins sont donnés.

Eh bien je demande une chose : qu'à *tous* on donne la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques ;

Que l'on crée des postes de médecins communaux et que chaque personne habitant dans la circonscription de ce poste ait droit au médecin gratuitement.

Comment l'Etat arrivera-t-il à rémunérer ce médecin ?
Avec quoi paye-t-il le percepteur, le prêtre, le facteur, l'agent voyer?
Les impôts sont là et chacun, selon ses moyens et ses richesses, contribuera aux dépenses nécessitées par cette nouvelle assistance.
Du moment que les résultats de la loi de1894 sont réels, tangibles et absolus, pourquoi ne pas généraliser ses effets ?
Le médecin crie famine, le malade ne peut être soigné, que l'Etat intervienne, qu'il impose l'un d'une somme infime avec laquelle il pourra subvenir aux besoins du premier.
Le recrutement médical devient problématique pour l'avenir?
Que l'on crée des concours, que l'on exige des titres spéciaux de garantie, de savoir, des gages de véritables connaissances scientifiques, mais que l'on permette aux jeunes médecins de vivre et de travailler, de manger le pain qui leur est dû!
Là est le seul moyen pratique d'enrayer les désastreux effets de la mortalité, surtout de la mortalité infantile qui ne fait que s'accroître chaque jour !
Des *secteurs* avec un médecin pour *cinq mille habitants*, à raison d'un salaire annuel de *deux francs* par tête d'habitant. Tel est, je crois, le moyen, le seul moyen efficace d'arrêter la crise médicale que nous traversons et d'arracher à la maladie et à la mort un grand nombre de citoyens et surtout d'enfants qui meurent faute de soins opportuns ?.

Antonin BARATIER.

Simple question à M. Antonin Baratier :
Puisque le système était si bon, pourquoi l'Allemagne ne l'a-t-elle pas maintenu ?
Décidément, il vaut mieux chercher autre chose, d'autant plus que ce n'est pas très nouveau.

REPORTAGE MÉDICAL

Les médecins élus sénateurs aux Elections du 7 janvier 1906. — Le dimanche 7 janvier ont eu lieu les élections pour le renouvellement partiel du Sénat; elles comprenaient 100 sièges de la série sortante et 3 sièges vacants par suite de décès. Parmi les élus, on compte 10 médecins dont voici les noms avec le département que chacun d'eux représente (les noms en italiques sont ceux des sénateurs qui ne faisaient pas encore partie du Sénat).
MM. *Aubry* (Constantine) ; *Daniel* (Mayenne); *Flaissières* (Bouches-du-Rhône) ; *Lannelongue* (Gers); Lourties (Landes) ; Petitjean (Nièvre) ; *Rey* (Lot) ; Reymond (Loire) ; *Sancet* (Gers) ; Viger (Loiret).
Avant qu'il fût procédé au renouvellement partiel, il y avait au Sénat 42 médecins, y compris le docteur Bayol, décédé dans les six derniers mois ; bien que 6 nouveaux docteurs aient été élus, la haute assemblée ne compte aujourd'hui que 41 médecins, 3 confrères ne s'étant pas représentés.

(*La Vie médicale.*)

Rectification touchant le Syndicat de garantie de l'Union parisienne des Entrepreneurs et industriels. — « Le Syndicat de Garantie de l'Union « des entrepreneurs et industriels a été dissous à « sa propre demande ainsi qu'il résulte du décret « du 9 janvier 1906. Cette dissolution a été sollicitée « uniquement par suite de la reconstitution du dit « Syndicat sous l'appellation plus générale de Syn- « dicat de Garantie de l'Entreprise et de l'Industrie « autorisé par décret de M. le Président de la Répu- « blique du 20 septembre 1905 inséré à l'*Officiel* du « vingt septembre de la même année.
« Au surplus, le décret de dissolution du neuf « janvier 1906 décidant que la liquidation du Syn- « dicat de Garantie de l'Union Parisienne des En- « trepreneurs et Industriels sera effectuée par un « membre de son Conseil d'administration démontre « bien que cette liquidation est purement volontaire « et qu'elle ne saurait être en aucun cas assimilée « à une faillite ou à un retrait d'autorisation impo- « sé par M. le ministre du Commerce. » De ce qui précède, il résulte que le Syndicat de garantie de l'Union parisienne des entrepreneurs et industriels n'a pas été mis en faillite, et que nos confrères, contrairement aux conseils donnés par nous dans notre numéro du 21 janvier, n'ont qu'à s'adresser à M. Dugué, liquidateur, pour obtenir le règlement de leurs honoraires.

Enfants assistés. — Le Conseil général de la Seine vient d'émettre un avis de principe favorable en faveur de la création d'un service de placements familiaux dans les villages de la côte basque d'un certain nombre d'enfants assistés, et de voter, à titre d'essai, un crédit de 2.700 francs, représentant six mois de traitement moyen du directeur de l'agence, qui devra avoir son siège à Saint-Jean-de Luz et comprendra le territoire des communes de Saint-Jean-de-Luz, Ascain, Bidart, Biriatou, Ciboure, Guéthary, Hendaye, Urrugne (du canton de Saint-Jean-de-Luz), Ahetze, Arbonne, Saint-Pée-sur-Nivelle (du canton d'Ustaritz), Ainhoa et Sarre (du canton d'Espelette).

L'exercice de la médecine à Berlin. — Nous lisons dans la *Gazette médicale de Vienne* un renseignement très intéressant sur ce que gagnent les médecins de Berlin. La capitale allemande compte 2.060 docteurs. Sur ce nombre 54 font de 1.100 à 1.300 francs, 260 de 1.300 à 2.600 francs et 206 de 2.600 à 3.800 francs : c'est-à-dire 521 praticiens avec un revenu inférieur à 4.000 francs, 286 autres médecins gagnent de 3.800 à 6.250 francs, mais 2/3 de ces 286 ne gagnent que 5.000 francs, 994 dépassent 6.080 francs et parmi eux deux gagnent 180.000 à 200.000; trois de 200.000 à 220.000 francs, un 280.000 francs, un 300.000 francs, et un autre 380.000 francs. Cent cinquante des plus pauvres ne paient pas de patente.
N. Il y a certainement, à Paris, plusieurs centaines de médecins auxquels le bénéfice ci-dessus, pourrait être accordé.

Faculté et hôpitaux.

M. Marcel Labbé, agrégé, médecin des hôpitaux, commencera, le lundi 19 février 1906, à 3 h., au laboratoire de clinique médicale de Laënnec, un cours pratique d'hématologie. Le cours se continuera les mercredis vendredis et lundis suivants, à la même heure et sera complet en 15 leçons.
Les droits à verser sont de 100 francs.
On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) de midi à 3 h., les mardis, jeudis et samedis.
— M. Castex, chargé de cours, assisté de MM. Collinet, Rabé et Béal, commencera, le mardi 13 mars un cours de chirurgie spéciale pour les affections du nez des oreilles et du larynx. Ce cours se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants.
Programme du cours :
1° Chirurgie tympanique. Tympanotomie, ablation des osselets. Chirurgie du labyrinthe. Opérations diverses sur la mastoïde.
2° Ablation des cornets. Opérations diverses sur les cornets et les cellules annexes du nez. Procédés divers de rhinotomie.
3° Ablation des polypes du larynx. Laryngotomie et laryngectomie. Pharyngotomie.
Les élèves inscrits seront exercés aux diverses interventions opératoires de la spécialité.
Le cours sera complet en 12 leçons.
Le droits de laboratoire à verser sont de 50 francs.
On s'inscrit au secrétariat de la faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudis et samedis de midi à 3 h. Des certificats d'études seront délivrés aux élèves.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON, 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année N° 7 18 FÉVRIER 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

MAISON DE SANTÉ DE LA PLAINE-MONCEAU

L'assemblée Générale de cette société s'est tenue le 14 février dernier. Nous sommes heureux d'annoncer que les sociétaires touchent, cette année, 10 fr.79 par action de cent francs, bien qu'une importante remise spéciale de 6000 fr. ait été faite.

Les coupons seront mis en paiement au siège social, 4, rue du Sergent-Hoff, à partir du 1er avril prochain.

Dans la réunion extraordinaire qui a suivi la précédente, les sociétaires, pour effectuer l'achat des terrains qu'occupe la Maison de santé, ont décidé la création de 160 Obligations de 500 francs rapportant 25 francs et remboursables par dixièmes en 15 ans à partir de la 6e année.

Le prix d'émission est fixé à 495 francs payables avant le 10 mars. Un privilège de souscription est réservé aux actionnaires jusqu'au 28 février, avec réduction proportionnelle s'il y a lieu.

PROPOS DU JOUR

Une commission extra-parlementaire de la réforme des études médicales.

Il y a un an, à propos du budget de l'instruction publique, on s'était occupé à la Chambre de la réforme des études médicales. Nous avons donné, au dernier numéro, l'opinion du rapporteur d'alors, M. le Dr Symian.

Le jeudi 8 février, toujours à propos de ce budget, c'est M. Félix Marot qui a repris la même thèse.

Mais, après avoir passé en revue les critiques et les arguments que l'on connaît, il a osé (un instant seulement, hélas !) demander que, dans la commission extra-parlementaire chargée de modifier l'enseignement médical, on fît entrer des savants n'appartenant pas aux Facultés, des agrégés libres, des représentants des Sociétés médicales, des étudiants, des parlementaires.

Il semble bien que l'honorable M. Marot ait eu connaissance de la tentative qu'organisent dans ce sens l'Union des Syndicats médicaux et le Concours médical. Nous étions donc heureux de le voir nous préparer le terrain et préciser d'ores et déjà ce point capital : *participation des enseignés et des enseignants à la réforme demandée.*

Le projet de résolution qu'il allait déposer était ainsi conçu : « La Chambre invite M. le Ministre de l'instruction publique à constituer une Com-

mission extra-parlementaire de réforme des études médicales .»

Mais, voilà que M. le Dr Cazeneuve rappelle l'existence d'une commission chargée d'étudier la réforme de l'agrégation, commission qui se compose de représentants des Facultés de Paris et de province.

Et alors M. Marot modifie ainsi sa formule :

« La Chambre invite M. le ministre de l'Instruction publique à saisir la Commission de réforme du Concours d'agrégation de toutes questions afférentes à la réforme des études médicales ».

On avouera que ceci n'est plus du tout la même chose.

En effet : 1° les enseignés n'auraient plus voix au chapitre, puisqu'on ne parle plus de les faire représenter dans la Commission ; 2° il devient certain que leurs idées, pourtant bien précises, n'y trouveront pas d'écho.

M. Cazeneuve, qui est membre de cette Commission, a tenu à la tribune, quelques instants plus tard, un langage qui ne laisse à ce sujet aucune place au doute. Ce Maître, que nous avions toujours connu bien inspiré au Parlement, est venu déclarer *qu'à son avis et de l'avis de tous les professeurs des Facultés, le régime actuel a réalisé un immense progrès, et qu'il reste seulement à le mettre au point* !

Or, contre cette assertion, la masse des praticiens s'inscrit en faux depuis six ans avec une conviction toujours croissante. Elle sent chaque jour grandir les lacunes de son savoir : elle en connaît la cause par expérience : elle en voit très bien le remède ; elle veut être là, quand celui-ci sera prescrit et quand on passera à l'application.

Elle proteste surtout contre cet esprit d'Ecole, inspiré par la manie des concours, des spécialisations, des titres, des privilèges, qui tendrait à compléter le savoir médical par l'obtention de certificats, de brevets, de diplômes particuliers hors desquels le docteur en médecine resterait sans compétence et amoindri devant les familles et les pouvoirs publics.

Elle affirme le droit de chacun et de tous, à se voir enseigner ce que chaque praticien a besoin de connaître pour collaborer à l'hygiène, à la médecine publique, à la médecine sociale, qui n'existeront jamais sans son concours, car tous les fonctionnaires diplômés qu'on pourrait créer pour leur application générale n'arriveront à rien, s'ils n'ont pas l'aide éclairée de cet homme que l'on perd toujours de vue du haut des hiérarchies : le *Médecin de famille*, fatalement un peu spécialiste dans tous les genres.

N'a-t-elle pas aussi le droit, par le temps qui court, de rappeler que les Syndicats sont obligatoirement consultés et entendus quand il s'agit de toucher à leurs intérêts moraux ou matériels ? Oserait-on s'affranchir de cette obligation avec les Syndicats ouvriers ? Evidemment non.

Eh bien ! le savoir du praticien, c'est son gagne-pain : personne, surtout parmi nos Maîtres, n'est qualifié pour en changer la valeur, sans consulter notre représentant légal, compétent, autorisé, l'Union des Syndicats médicaux.

M. le Dr Cazeneuve, professeur, n'a vu les choses, en la circonstance, que comme elles apparaissent dans le milieu trop fermé de l'Ecole. C'est l'écueil de toutes les commissions de classe. Mais nous ne doutons pas qu'après en avoir ainsi appelé au député plus averti, nous retrouvions son concours près du Ministre pour la constitution de la Commission extra-parlementaire complète que réclamait M. Félix Marot et que les Syndicats médicaux jugeraient bien étrange de se voir refuser, sous un gouvernement républicain, égalitaire, et libérateur de tous les privilèges des régimes passés.

Il nous semble bien, d'ailleurs, que le distingué professeur de Lyon a commis, dans la seconde partie de son discours, une erreur analogue, puisque des pharmaciens avisés se plaignent déjà du sort qu'on leur réserverait ainsi par l'application de *la loi sur les fraudes des denrées alimentaires.* M. Cazeneuve propose à ce sujet que les pharmaciens de 1re classe prolongent leurs études d'un an (quand ils le voudront), pour arriver à la conquête d'un *diplôme spécial d'analyste* qui leur permettrait de monopoliser plus tard les expertises prévues par la loi d'août 1905.

Mais la masse des pharmaciens proteste et dit : « Pas du tout, car ce serait disqualifier les trois « quarts d'entre nous par rapport aux possesseurs « du diplôme spécial, qui nous enlèveraient « demain, sous prétexte de compétence officielle, « toutes les analyses même médicales. Nous « demandons, par le *Concours Pharmaceutique*, « qu'on ajoute obligatoirement aux études de cha- « cun de nous, *avant le diplôme*, l'enseignement que « M. Cazeneuve réserve à quelques-uns *pour après*: « pas de privilèges. Et, en attendant, nous affir- « mons que chacun de nous, par une étude atten- « tive des travaux de la Commission des fraudes « et des méthodes officielles qu'elle aura fixées, « peut acquérir une compétence suffisante pour « qu'il n'y ait pas à créer tous ces laboratoires et « analystes diplômés dont le voisinage nuirait si « gravement à notre considération et à nos re- « cettes légitimes. »

Il va sans dire que, quand le Ministre a répondu le lendemain aux deux orateurs, après avoir pris, sans doute, l'avis des comités consultatifs qui l'entourent, c'est la thèse Cazeneuve qu'il a déclaré adopter. L'état d'âme du professeur ne pouvait qu'être celui d'autres professeurs habitués des Grands Conseils. La masse des médecins, la masse des pharmaciens, les détails d'application possible à nos bourgades d'une bonne médecine publique, d'une hygiène pratique, d'une répression équitable des fraudes, ont été perdus de vue : on en est si loin et si au-dessus à Paris !

Il appartient donc aux praticiens des deux professions, qui réclament pour leurs clients des campagnes la même protection que pour les citoyens des capitales, de rejeter, de combattre les organisations projetées. Il appartient aux deux ordres de Syndicats de ne pas permettre que les Ecoles, personnalités théoriciennes imbues des hiérarchies archaïques, s'arrogent le droit de délimiter, et surtout de rétrécir et morceler le champ de notre pratique journalière, sans même faire à nos groupements légaux l'honneur de les entendre.

Monsieur Marot, c'est vous qui aviez raison. Votre thèse sera reprise et nous sommes convaincus que M. Cazeneuve, reconnaissant crânement alors qu'il n'avait vu qu'un côté de la question, passera dans nos rangs en serviteur toujours dévoué de la défense professionnelle et de l'intérêt public pratiquement envisagé.

Dr H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'Iboga du Congo et l'Ibogaïne

L'*Iboga* est une plante qui croît dans les régions de l'Afrique occidentale et surtout au Congo. Elle a été importée en France par l'explorateur *J. Dybowski* qui avait remarqué, au cours de ses nombreux voyages, que les nègres en faisaient une notable consommation, prétendant, dit le Dr *A. Landrin*, qui a consacré à ce végétal exotique un très intéressant travail, « que l'absorption de la « plante permet de résister à une longue fatigue, « en enlevant tout besoin de sommeil, et de four- « nir une ration supplémentaire de travail... »

Ed. Landrin, qui l'a étudiée aussi complètement que possible, en a extrait un alcaloïde nettement défini qu'il a nommé Ibogaïne, susceptible de se combiner avec les acides pour former des sels dont le plus communément utilisé est le chlorhydrate. Les expériences de laboratoire ainsi que les essais cliniques qui en ont été faits dans les hôpitaux, et plus particulièrement dans le service et sous la direction du Prof. *Huchard*, permettent de préciser l'action physiologique de l'ibogaïne, et, par conséquent, ses indications thérapeutiques. Cette action est complexe et s'exerce sur la circulation, les contractions cardiaques étant à la fois ralenties et augmentées d'énergie ; sur le système nerveux central, dont l'excitabilité est accrue ; sur les échanges nutritifs, l'oxygène étant absorbé en plus grande quantité et l'acide carbonique éliminé plus abondamment.

Il s'agit donc d'un médicament tonique musculaire et nerveux, toni-cardiaque et excitant de la nutrition, qui doit être avantageusement prescrit dans tous les cas où il y a lieu de produire un effet stimulant sur l'organisme.

La dose moyenne d'ibogaïne est de 0 gr. 01 à 0 gr. 03 par jour, sous différentes formes, ce médicament se prêtant à tous les modes de préparations pharmaceutiques. Mais il est préférable de recourir aux dragées Nyrdahl, dosées à 0 gr. 005 de principe actif, très faciles à administrer et dont on ordonnera 2, 3, 4, quotidiennement.

Un moyen de diagnostic précieux pour les lésions syphilitiques muqueuses.

Le diagnostic est quelquefois entouré de tant de difficultés, la clinique se voile d'obscurités si complexes, qu'il ne faut négliger aucun de nos petits ou grands moyens d'arriver à la vérité.

Chacun sait combien certaines dénudations de l'enveloppe cutanée présentent d'ambiguïtés. S'il s'agit de pertes de substances profondes, il est rare que le caractère du fond et l'aspect particulier des bords ne mettent pas immédiatement sur la voie de la vérité.

Les incertitudes se montrent surtout dans les cas où il s'agit d'ulcérations et d'exulcérations très superficielles.

Que, par surcroît, la lésion siège dans une région humide, au fond d'un pli de la peau ou des muqueuses, telles, par exemple, que celle de la vulve ou du gland recouvert, un suintement se produira non seulement sur la partie malade, mais sur les parties voisines, et sous l'influence de ce véritable catarrhe dermique, les caractères initiaux de l'érosion sont à ce point masqués qu'il sera impossible de les reconnaître.

On se trouve en face d une surface quelquefois simplement humide, d'autres fois sécrétante, toujours un peu tuméfiée, et il devient très difficile de se prononcer après de telles déformations.

Cette incertitude est surtout pénible lorsqu'il s'agit d'établir un diagnostic dont les conséquences peuvent être importantes tant au point de vue des malades eux-mêmes que des personnes avec lesquelles ils peuvent se trouver en contact.

M. le Dr Jullien rapporte, dans la *Revue des Maladies de la nutrition*, le procédé ingénieux, dont il est l'auteur, pour faciliter le diagnostic.

« En dissolvant un gramme d'acide chromique dans 50 gr. d'eau, on obtient une solution nettement colorée en jaune, mais sans effet caustique, n'altérant en rien la texture des tissus avec laquelle elle est mise en contact.

« Mais cette solution présente la propriété d'adhérer intimement aux surfaces dénudées, c'est-à dire privées de leur épithélium cutané ou muqueux. En même temps, elle les teint, je veux dire qu'elle les colore en un jaune clair très différent de la solution, et le phénomène est instantané, si bien qu'un tampon d'ouate imbibé, de ce liquide et promené rapidement sur les points à étudier, glisse sur l'épithélium sans le colorer, et est retenu au contraire par les surfaces dépourvues de ce vernis. Nous disons alors que tel ou tel tissu *prend* ou *ne prend pas* le chrome, de même qu'en bactériologie, on distingue certains microbes qui prennent ou ne prennent pas le Gram.

« Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que chaque contour est alors dessiné par un trait jaune dont la forme et l'intensité vont aider puissamment l'œil du praticien.

« Voyons, par exemple, ce qui va se passer dans le cas d'érosions herpétiques : chaque vésicule se trouve si exactement reproduite et mise en relief, qu'aucune hésitation n'est permise. Les petits dessins mono ou polycycliques relèvent instantanément l'exact caractère du mal; et que de fois n'ai-je pas vu les diagnostics qui hésitaient entre les lésions plus importantes, ramenées par cette unique exploration au constat d'une lésion en réalité fort bénigne.

« Mais voici un autre cas: les plaques muqueuses sur les organes génitaux de la femme sont quelquefois énormes, mais d'autres fois véritablement minuscules. Que d'importance cependant! S'agit-il d'une tache humide à peine luisante sur une muqueuse grisâtre, on ne peut penser sans émotion qu'elle tient en germe toutes les embûches terribles de la syphilis, puisque, si bénigne qu'elle soit, elle peut engendrer la contagion, c'est-à-dire ouvrir une porte à la mort. Et avec quelle facilité elle peut échapper à l'examen! Qu'on y passe le tampon à l'acide chromique et la teinte jaune qu'elle prendra ne manquera pas d'être un avertissement et d'inspirer à l'hy-

giéniste les strictes mesures commandées par la prudence.

« Même chose pour les plaques indécises qui séjournent parfois si longtemps sur le scrotum, et qui parfois ne se révèlent que par de terribles cas de contagion. Elles sont si superficielles, elles ressemblent tellement à de vagues pointillures d'eczéma, elles donnent lieu à si peu de symptômes subjectifs ou autres, qu'elles passent le plus souvent inaperçues. Mais, pour peu qu'on en ait le soupçon, l'acide chromique fera rapidement justice de toute hésitation, soit qu'il les montre en plaques nummulaires, soit qu'il les dessine en circuits caractérisés.

« Plus profondément, voyons le col utérin, toujours humide, toujours turgide et violacé. Y reconnaître une lésion n'est pas en général commode, mais la distinguer est toujours difficile. Rien ne sera plus simple par le tampon chromé. Alors, apparaîtront les contours révélateurs des herpès, des chancres mous, de la sclérose ou de l'ectopiose.

Dans la cavité buccale, l'œil est parfois arrêté par une teinte opaline vaguement étendue sur les piliers, les amygdales ou le voile. Assurément, il y a là l'indice d'un processus, mais lequel. La réaction que je conseille décèlera parfois une minime érosion, ou de multiples dénudations herpétiques, ou quelque plus franche entamure. Dans chacun de ces cas, le diagnostic est aussitôt fait.

Tout aphte prend le chrome, toute plaque muqueuse prend le chrome. Il n'y a d'exception que pour la langue où les plaques dépapillées qui se caractérisent par la chute des papilles, mais non celle de l'*épithélium* restent au contraire bien rouges avec une collerette chromée jaune, indicatrice de l'avidité avec laquelle les papilles qui recouvrent la langue absorbent la solution. On le voit bien aussi lorsque, près du V lingual, se dresse le promontoire de plaques muqueuses amoncelées, ayant retenu la coloration avec plus ou moins d'intensité.

Dans la rainure interfessière, si souvent le siège d'intertrigo, notre badigeonnage chromé est encore un bon moyen de faire le jour et de voir si à l'intertrigo, ne se mêlent pas quelque processus ulcérant plus franchement caractérisé.

Sur le fond humide et luisant on voit se détacher, marquée par la teinte jaune mat, bouton d'or, les traces des vésicules, des circins, ou les plaques des ulcères.

Ce mode d'exploration s'effectue élégamment sans aucune action offensive sur les tissus, ce qui constitue *a priori* une supériorité marquée sur le nitrate d'argent, et sur la résorcine.

Dangers de la radiothérapie dans les épithéliomes de la peau.

Le nœvus mélanique est une affection commune et qui peut devenir infiniment grave lorsqu'il est le point de départ de mélanomes. On connaît le danger de ceux-ci, leur rapidité de développement, la rapidité de l'infection des voies lymphatiques et même du sang.

Ce que l'on sait aussi, c'est que, entre toutes les tumeurs susceptibles de s'accroître, de se développer par les irritations extérieures, les nœvi mélaniques tiennent le premier rang. L'expression «noli me tangere » a été appliquée à tous les épithéliomes cutanés, elle s'applique aux nœvi mélaniques plus qu'à tous les autres; expression exacte, du reste, avant la période chirurgicale, dangereuse aujourd'hui, si l'on entend que les épithéliomes de la peau doivent être respectés et non traités. Il faut seulement entendre qu'ils doivent être traités d'une manière incomplète.

M. le Dr *Lredde* rapporte une observation très-concluante du danger qu'il peut y avoir à traiter les nævi mécaniques par la radiothérapie.

Cette méthode lui semble dangereuse dans les épithéliomas de ce type dont on connaît la malignité. Ses indications se bornent aux cas dans lesquels on est certain que les voies lymphatiques ne sont pas intéressées ; dans le doute, il n'y a pas à choisir entre l'ablation et la radiothérapie ; l'abiation seule s'impose.

Les raies de feu chez les tuberculeux.

M. le Dr Coste de Lagrave a fait au Congrès de la tuberculose une communication sur l'efficacité des raies de feu chez les tuberculeux. Voici les règles qu'il a formulées pour l'application de cette méthode :

1° Le thermocautère doit décrire sur la peau une raie appelée *raie de feu*.

2° La raie de feu doit être appliquée légèrement et rapidement.

3° Le thermocautère doit toucher la peau au point de chute d'une façon très oblique et non perpendiculaire.

4° L'espace préchutal doit mesurer de dix à vingt centimètres.

5° Le thermocautère doit être chauffé au rouge sombre et non chauffé à blanc. Le couteau thermocautère doit racler la peau et non la couper.

6° Les raies de feu ont une longueur de deux à trois centimètres. Elles sont espacées de trois à quatre millimètres, elles sont parallèles, en forme de hachures de dessin.

7° Il faut appliquer deux cents raies de feu par séance.

8° Les raies de feu doivent être appliquées deux fois par semaine.

9° Les raies de feu guérissent la tuberculose et toutes ses manifestations. Elles agissent comme stimulant général, et elles provoquent la formation de cellules phagocytes.

10° On doit appliquer les raies de feu pendant deux ou trois années, avec des intervalles de repos.

11° Les raies de feu ne laissent pas de cicatrices.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique d'accouchements Tarnier : M. le Pr agrégé DEMELIN.

Les déchirures obstétricales du périnée et leur traitement.

A l'occasion de deux faits qui viennent de se passer dans le service, il m'a paru utile de vous parler, aujourd'hui, des déchirures obstétricales du périnée. On comprend sous ce nom les déchirures de cette bande de tissu qui va de la commissure postérieure de la vulve à l'anus ; soit dit en passant, la partie ano-coccygienne du périnée, le périnée postérieur comme on l'appelle, n'est jamais ici en cause.

On a divisé les déchirures obstétricales du périnée en deux catégories principales : les déchirures incomplètes, qui comprennent une partie plus ou moins étendue du périnée antérieur, mais n'ouvrent pas l'anus, et les déchirures complètes qui, au contraire, intéressent l'ouverture anale qu'elles fendent en avant.

Chacune de ces deux grandes catégories a été elle-même l'objet d'une subdivision anatomo-clinique. Dans les déchirures incomplètes, on a distingué : *a)* les déchirures de la fourchette ; *b)* les déchirures superficielles, dans lesquelles la peau seule est lésée ; *c)* les déchirures profondes, dans lesquelles le plan musculaire et généralement aussi la peau sont lésés. Dans les déchirures complètes, on a distingué : *a)* les déchirures anales simples ; *b)* les déchirures ano-rectales. Ces dernières offrent, en plus des précédentes, une participation de la cloison recto-vaginale.

Il est, d'autre part, une mention spéciale à accorder aux déchirures dites centrales, qui rentrent tantôt dans les déchirures incomplètes, tantôt dans les déchirures complètes. Elles se font en plein périnée, entre la fourchette et l'anus. Le mécanisme de leur production est facile à saisir. Pendant l'accouchement, le périnée s'allonge et, au lieu de sa longueur moyenne, normale, de 3 centimètres, il atteint 10 et 12 centimètres. On conçoit que, sur ces 12 centimètres, puisse se faire un éclatement central, qui laissera ou non passer une partie fœtale. Le danger de cette variété de déchirure consiste en ce que, fréquemment, la fourchette résiste ; la lésion s'étend alors du côté de l'anus qui se déchire, à son tour, secondairement.

Un mot de pathogénie. Que se passe-t-il, au niveau du périnée, au moment de la déchirure ? Voici un dessin représentant une coupe antéro-postérieure de la région. Vous voyez les parois du vagin et le périnée antérieur, qui aboutit au rectum en arrière. Pendant la période d'expulsion, la tête fœtale vient comprimer la paroi postérieure du vagin et fait bomber le périnée. Il se produit une ampliation, un amincissement — d'où une ischémie — de ce dernier. Or, tout tissu vivant qui cesse d'être irrigué devient par cela même plus friable ; les tissus très irrigués (les organes érectiles, par exemple) ont, au contraire, une plus grande résistance. Ainsi donc, du fait de l'amincissement, du laminage du périnée et de l'ischémie consécutive, le plan périnéal se trouve prédisposé et prêt à la déchirure. Celle-ci commence, habituellement, par une effraction de la muqueuse vaginale, vers la jonction du vagin et de la vulve.

Voyons maintenant quelles sont les causes des déchirures du périnée. Je m'y étendrai avec assez de détails, car mieux on connaît l'étiologie d'une lésion de ce genre, plus on a de chances d'éviter sa production.

Le professeur Budin classe les causes des déchirures obstétricales du périnée en trois groupes qui sont : causes tenant à la nature des tissus ; causes tenant au temps, à la durée du dégagement du fœtus ; causes tenant à la direction donnée à la partie fœtale.

Premier groupe : causes tenant à la nature des tissus.

Quand un tissu manque de souplesse, il est plus facile à déchirer. C'est le cas chez les primipares, chez les primipares âgées surtout, dont la région périnéale, moins assouplie, est plus vulnérable pendant l'accouchement. C'est le cas chez les femmes atteintes d'œdème ou d'autre altération locale (vaginite granuleuse, végétations). Une déchirure antérieure du périnée prédispose — dans une mesure légère — à la répétition du même accident.

Deuxième groupe : causes tenant à la durée du dégagement fœtal.

Lorsque le dégagement est brusque, rapide, les tissus n'ont pas le temps de se préparer et de s'amplifier régulièrement : d'où, déchirure plus fréquente.

Troisième groupe : causes tenant à la direction imprimée à la partie fœtale.

Une bonne direction a pour effet d'amoindrir la partie fœtale, qui se présente dès lors à la vulve par ses diamètres les plus petits. Une mauvaise direction a pour conséquence au contraire de dégager la partie fœtale par ses diamètres les plus grands et d'augmenter ainsi les chances de déchirure. Un dégagement en O. S. est, pour ce motif, plus dangereux qu'un dégagement en O. P. Certaines interventions intempestives de l'accoucheur ont les mêmes conséquences : telle, en particulier, la déflexion effectuée trop tôt, lorsque la tête est à la vulve, en O. P. Chaque fois que la direction est mauvaise, la tête sort en somme « plus grosse » qu'elle ne devrait sortir. Un dégagement trop brusque ou mal fait d'une épaule agit dans un sens analogue.

Les opérations obstétricales sont, assez souvent, l'occasion de déchirures du périnée. Celles-ci peuvent se produire : au cours d'une application de forceps défectueuse ou trop rapide, soit que l'opérateur tire trop vite, trop fort, ou qu'il comprime la commissure postérieure ; au cours d'une intervention manuelle, au moment de l'introduction de la main, si la main n'est pas convenablement vaselinée et dirigée avec douceur ; au cours de la manœuvre de Mauriceau, pendant le dégagement de la tête, si cette tête est mal fléchie, si l'accoucheur tire en même temps que la femme pousse ; au cours enfin — mais plus

arement — de l'embryotomie, de la basiotripsie, de la symphyséotomie.

Avant de terminer cette partie étiologique de l'histoire des déchirures du périnée, remarquons que, dans un accouchement spontané, il est exceptionnel d'observer une déchirure complète. Il faudrait, pour cela, un cas spécial ou une absence totale de surveillance. La très grande majorité des déchirures complètes est d'ordre opératoire et causée par l'une des interventions, dont je viens de parler.

Le pronostic de la déchirure varie suivant son étendue. La déchirure complète entraîne de l'incontinence des matières fécales et fait, de plus, redouter les complications infectieuses de la plaie. Dans la variété incomplète, tout dépend de la profondeur de la déchirure. Si le muscle est intact, on *n'a rien* à craindre pour la statique utérine : une déchirure de la peau, même atteignant l'anus, n'offre pas de caractère sérieux. Au contraire, quand le muscle périnéal est divisé, la lésion prend de l'importance.

Cela dit, j'arrive au traitement.

Je serai bref sur le traitement prophylactique. Il consiste à protéger le périnée pendant l'accouchement, et c'est là un sujet de pratique dont l'étude approfondie me conduirait trop loin. Vous savez comment on soutient le périnée ; vous savez, d'autre part, par quels mécanismes se produisent les déchirures du périnée et par conséquent ce qu'il convient de faire pour les éviter. Maintenez donc le périnée, donnez-lui de l'étoffe en ramassant les tissus pour l'épaissir et vous aurez des chances pour qu'il reste intact ou presque intact : je dis *presque* intact car, à la vérité, il se forme à peu près toujours des petites fissures de la muqueuse vaginale.

Il est bon que je vous parle également, comme moyen prophylactique, de l'épisiotomie. Cette opération consiste à pratiquer une ou plusieurs petites sections de l'anneau vulvaire, à entamer ainsi le périnée dans l'espoir de diriger la déchirure dans un sens déterminé, d'éviter en particulier qu'elle gagne l'anus. On a proposé dans ce but plusieurs incisions : l'une juste sur la ligne médiane, directement vers l'anus (c'est la moins recommandable), l'autre latérale vers la fesse, ou encore une série de courtes incisions tout autour de l'anneau vulvaire.

Que penser de l'épisiotomie et de sa valeur prophylactique contre les déchirures du périnée ? Voici ce que la pratique répond à ce sujet : si l'on fait beaucoup d'épisiotomies au début de sa carrière, on en fait de moins en moins dans la suite. J'estime, pour ma part, que l'épisiotomie doit être réservée aux cas dans lesquels il existe un œdème considérable des tissus, œdème qui crée une prédisposition notable aux déchirures complètes. Hors ces cas, d'ailleurs rares, il vaut mieux se dispenser de cette opération. Elle n'est d'aucune utilité, n'empêche pas les déchirures de se produire à leur siège habituel ; elle fait double plaie avec la déchirure, voilà tout.

Il est une considération clinique qui rassurera l'accoucheur. Lorque le dégagement a lieu avec la lenteur voulue, s'il y a déchirure, celle-ci s'arrêtera à temps et ne se prolongera à l'anus que dans des circonstances extrêmement rares.

Supposons la déchirure effectuée, il va s'agir de la réunir.

Quand faut-il faire cette réunion ? Immédiatement après la délivrance, ou 8 à 10 jours après, ou 2 à 3 mois après ? Examinons les avantages et les inconvénients de chacune de ces périodes.

Réunion immédiate. Avantages : on a à faire une simple suture, sans avivement préalable, sans inégalités de la plaie. En outre, on supprime la douleur consécutive à la déchirure et l'on diminue les risques d'infection de celle-ci. Il n'y a pas, enfin, de prolongation de séjour au lit. Inconvénients : il n'en existe guère. L'unique contre-indication de la réunion immédiate est l'œdème du périnée.

Réunion vers le 8e ou le 10e jour. Avantages : on court la chance d'une réunion spontanée de la déchirure, mais c'est là un véritable hasard. Au 8e ou 10e jour, l'avivement est encore facile, la plaie étant couverte de bourgeons charnus, qu'il suffit de gratter. Inconvénients : la femme a des douleurs, créées par la déchirure, l'infection est plus à redouter et le séjour au lit prolongé.

Réunions tardives. Avantages : aucun, pour ainsi dire. Inconvénients : nécessité d'un avivement au bistouri ; si la déchirure est complète, incontinence des matières fécales, possibilité d'une régression graisseuse du sphincter, etc.

Conclusion : il est préférable de faire la réunion immédiate. Comment ?

1° Déchirures incomplètes.

Si la fourchette est seule intéressée, le simple rapprochement des genoux procure, en général, un bon résultat, en permettant l'accolement et la cicatrisation des deux lèvres de la plaie.

En face d'une déchirure plus étendue, il faut tenir compte de la profondeur de la lésion. Celle-ci est-elle superficielle, cutanée seulement, l'emploi des serre-fines est avantageux. Il existe, je vous le rappelle, plusieurs modèles de ces petits instruments : les serre-fines ordinaires, les serre-plates et les serre-fortes de Boissard. La couche musculaire est-elle divisée, les avis diffèrent. Les uns, avec M. Boissard, pensent que les serre-fines (les serre-fortes alors) peuvent encore rendre des services ; d'autres estiment qu'elles sont souvent insuffisantes. Personnellement, pour ce qui concerne les déchirures profondes, je considère que la véritable manière de restaurer le périnée est la suture.

Je ne vous parlerai que de la suture immédiate. Voici sa technique :

La délivrance étant faite, on évacue l'ampoule rectale et la vessie. La femme est mise en travers du lit, la vulve et le vagin sont savonnés et aseptisés. On donne, en même temps, du chloroforme, ou l'on pratique une anesthésie locale par des piqûres de cocaïne.

On peut, dans les petites déchirures, se contenter de réunir les deux lèvres de la plaie avec trois ou quatre crins de Florence placés au travers de la peau. Toutefois, ce procédé ne saurait suffire lorsque la lésion a déjà quelque profondeur. On doit pratiquer, alors, une restauration complète du périnée. On suturera d'abord la muqueuse vaginale, en commençant par les points profonds. Puis, on fermera le périnée avec une série de crins, entrés assez loin dans la peau et les tissus sous-jacents. On réunira finalement, par un dernier fil, la fourchette muqueuse à la fourchette cutanée.

La suture terminée, on applique un pansement plat, avec de la gaze et du coton stérilisés,

sans mettre de poudre antiseptique, ce qui est inutile. Pendant les premiers jours, la malade sera sondée, pour éviter le contact de l'urine avec la plaie ; celle-ci sera protégée, en outre, par de la vaseline. On permettra une évacuation intestinale après 4 ou 5 jours et on enlèvera les fils au 9e ou 10e jour.

Quelle est la conduite de l'accoucheur au cas de déchirure centrale ? Vous êtes au moment de l'accouchement. Vous surveillez le périnée et vous le voyez bomber, s'amincir, pâlir, se fendre en son milieu. Vous avez un moyen prophylactique à employer immédiatement, pour éviter que la déchirure ne s'aggrave. Ce moyen consiste à couper le pont qui sépare la déchirure de la fourchette ; de cette façon, vous protégez l'anus. Vous avez, dès lors, transformé la déchirure centrale en déchirure incomplète que vous traitez comme je viens de l'indiquer.

2° Déchirures complètes.

Ici, la suture se fait en plusieurs temps. Vous restaurez d'abord la muqueuse anale et vous fermez le rectum ; vous restaurez ensuite le vagin ; puis, vous suturez le périnée. Les soins consécutifs sont semblables à ceux que l'on emploie après la suture incomplète, avec cette différence que, l'anus étant intéressé, il faut constiper la femme avec de l'extrait thébaïque et une alimentation appropriée pour éviter la distension et l'évacuation du rectum avant le 8e ou 10e jour.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PHTISIOLOGIE

La cure libre et la cure surveillée de la tuberculose pulmonaire.

(*Suite et fin*) (1),

Par le Dr Hamant,

Médecin-directeur du Sanatorium de Beaulieu à Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées), ancien médecin-assistant du Sanatorium d'Angicourt.

Un des gros avantages que bien des médecins, et même un certain nombre de malades, reconnaissent à la cure surveillée de la tuberculose pulmonaire pratiquée dans un établissement fermé, c'est la présence constante du médecin de cet établissement au milieu des malades dont il dirige le traitement, présence d'une utilité incontestable et qui est la conséquence obligée de tout ce que je viens de dire : grâce à elle, plus d'oublis fâcheux, plus d'erreurs inadmissibles, plus d'inconséquences préjudiciables, plus de complications voulues — j'allais dire cherchées — par les imprudences du tuberculeux. Le médecin du sanatorium, sans cesse dans son établissement, en connaît la situation topographique, les avantages qu'elle présente et les écueils qu'il faut au contraire savoir éviter à ce sujet ; il connaît le climat dans lequel il vit et les précautions que certaines conditions atmosphériques l'obligent à faire prendre, le cas échéant, à ses malades. Il distribue lui-même à ses pensionnaires leur temps et leurs occupations comme il a appris à connaître chacun d'eux, son caractère, son tempérament, la forme de sa maladie, d'une manière approfondie, si bien qu'à côté d'une règle unique, toujours vraie et bonne pour tous les malades, chaque tuberculeux reçoit des conseils spéciaux dont l'observation particulière, jointe à la cure qu'il doit pratiquer en commun avec ses compagnons, conviendra particulièrement à sa constitution médicale et l'aidera à gagner la guérison d'une manière à la fois aussi sûre et aussi raisonnée que possible. Grâce à cette présence constante du médecin aux côtés de ses malades, il n'y a plus pour ces derniers de complications à craindre, même parmi celles qui échappent à leur volonté — sauf bien entendu celles qui sont au-dessus des ressources de l'art ; — le moindre incident est saisi par le médecin dès son origine et devient l'objet de soins spéciaux et d'une observation rigoureuse qui coupent souvent court à des conséquences désastreuses s'il eût été ignoré ou négligé dès son début.

S'il est vrai qu'un malade sérieux et intelligent peut se soigner partout et pratiquer en n'importe quel endroit la cure qui lui est nécessaire, il est aussi exact qu'il est bon de réunir à cet effet certaines adjuvances et qu'en particulier un climat et une situation géographique favorables aident singulièrement à l'excellence des résultats à obtenir : aussi les établissements fermés où se pratique la cure surveillée de la tuberculose pulmonaire sont-ils situés de telle sorte que — indépendamment des adaptations et installations particulières que des établissements aussi spéciaux doivent nécessairement avoir au grand complet en vue du but qu'ils se proposent, adaptations et installations auxquelles on ne peut guère prétendre, et que l'on peut encore moins exiger, dans des hôtels ou des maisons particulières — ils présentent en général l'inappréciable avantage de se trouver dans des pays et dans des climats, dans des conditions d'isolement et d'orientation, éminemment favorables au traitement de la maladie que l'on vient y soigner. De plus, et c'est là une vérité dont j'ai bien souvent constaté l'exactitude, quand un tuberculeux est resté un temps donné, d'ailleurs fort variable, dans un climat si excellent soit-il, il a épuisé, momentanément du moins, tous les bénéfices et obtenu toutes les améliorations qu'il pouvait en attendre ; aussi est-il bon qu'alors, et sur les conseils de son médecin, il quitte, tout au moins pour un temps, le pays où sa santé n'a plus de bien à pouvoir espérer pour l'instant et aille continuer à se soigner dans une autre région, quitte à revenir un peu plus tard dans le climat où il s'était bien trouvé tout d'abord d'un séjour antérieur. Il sera donc, à ce point de vue spécial, bien souvent utile pour le tuberculeux dont la maladie vient d'être reconnue de quitter le pays où il a vécu jusqu'alors pour se rendre dans un sanatorium où son séjour provoquera et réalisera tout naturellement le changement d'air et de climat dont je viens de parler.

Le mieux est quelquefois l'ennemi du bien, dit un vieux proverbe ; pour vouloir trop bien soigner des tuberculeux qui leur sont chers, combien de parents passent à côté du but qu'ils cherchent à atteindre. Au sanatorium, un semblable écueil n'est pas à redouter : à la place de l'affection trop souvent complaisante, irréfléchie et mal dirigée de son entourage, le tuberculeux y

(1) Voir n° 6, 11 février 1906.

trouve l'intérêt raisonné et éclairé que lui porte le médecin qui le soigne; il y trouve encore et surtout l'exemple encourageant des autres pensionnaires, l'entraînement et l'émulation qui en résultent et qui l'incitent à réaliser sans ennui, sans révolte, sans même qu'il s'en doute, le plus naturellement du monde, une cure à laquelle il n'aurait tout d'abord jamais cru pouvoir se plier et qui aurait été effectivement fort ennuyeuse et fort pénible s'il n'était entouré de malades avec lesquels il sympathise d'autant plus vite qu'il partage la même vie, les mêmes soucis, les mêmes ennuis, qu'il est atteint de la même maladie qu'eux. On devient ainsi de véritables frères d'armes en face de l'ennemi commun et les sympathies que le tuberculeux éprouve au sanatorium dès qu'il y arrive se transforment souvent en amitiés sérieuses et durables qui lui font vite oublier le désagrément qu'il a pu avoir en quittant sa famille, ses occupations, ses habitudes. Je me souviens encore — et je crois que je ne l'oublierai jamais — de l'état d'abattement, d'ennui, de chagrin profond et inconsolable dans lequel, malade moi-même, je suis arrivé au Sanatorium ; puis peu à peu, après quelques jours l'acclimatation qui me furent, je l'avoue, assez pénibles, je m'habituai à mon nouveau genre d'existence et aux nouvelles figures qui m'entouraient, et, après six mois d'un traitement des plus sévères, observé sans aucune défaillance, ce fut avec un gros serrement de cœur et un immense regret que je quittai, quand j'y fus obligé, le sanatorium où, malgré la sévérité du régime, j'avais passé de si bons moments, en compagnie d'aimables et intelligents voisins, avec certains desquels je suis encore en relations des plus cordiales et je regrette presque encore parfois la vie végétative, doublée cependant de la vie intelligente, que nous menions ensemble au Sanatorium au moment où nous essayions de réunir les soins du corps à l'occupation de l'esprit et de passer le temps que nous devions consacrer à nous soigner à la fois le plus utilement et le plus agréablement possible.

De tout ce qui précède, il est facile de conclure, pour tout malade vraiment soucieux de se guérir, que la cure surveillée, malgré les objections, plus apparentes que réelles, qu'on y peut faire, doit être en général préférée à la cure libre malgré les avantages, en réalité plutôt illusoires, que celle-ci semble cependant présenter au premier abord.

Je ne suis cependant pas de ceux qui disent d'une manière vraiment trop exclusive : « Pour les tuberculeux, en dehors du Sanatorium pas de salut ! »

Je suis pour la cure libre pratiquée sans défaillance, avec toute la persévérance voulue, par des malades doués d'une volonté ferme, ayant sans cesse devant les yeux le but à atteindre, sachant prendre toutes les précautions nécessaires et observer avec intelligence et discernement les seuls conseils éclairés et dévoués du médecin qui les suit.

Je suis contre la cure libre suivie par la foule considérable des malades sans énergie, sans volonté, sans prudence, sans patience, sans persévérance, qui ne savent trop souvent écouter que leurs plaisirs et leurs appétits, qui ne savent pas sacrifier la joie de vivre et de s'amuser au devoir de se soigner, qui n'ont jamais su ce que c'était qu'obéir, même à leur médecin, alors que ce médecin, s'adressant à leur raison, cherche à leur faire comprendre ce qu'ils doivent faire pour essayer de sauver leur vie et pour lutter contre une affection redoutable et d'autant plus traîtresse qu'elle évolue, surtout à ses débuts, sournoisement et sans grands symptômes.

Je suis contre le Sanatorium, si par sanatorium on entend ces immenses établissements — véritables entreprises commerciales plutôt qu'établissements médicaux consciencieux et bien tenus — immenses casernes dans lesquelles viennent s'entasser pêle-mêle sans distinction de degrés ni de formes de la maladie tous les tuberculeux riches ou aisés — véritables cités tuberculeuses où les malheureux malades, réunis en nombre trop considérable pour pouvoir être autre chose que chacun un numéro, restent inconnus des trop rares médecins attachés à ces établissements, en dehors des consultations périodiques, demeurent livrés complètement à eux-mêmes et sans aucune surveillance médicale effective et efficace, subissant toutes les complications possibles sans même que le médecin attaché à l'établissement en soit averti, vivant en un mot forcément dans l'abandon médical le plus absolu et parfois contrairement aux lois de l'hygiène les plus élémentaires, j'en ai été le témoin aussi révolté qu'attristé ; et je n'accuse pas ici ceux de mes confrères, qui sont dans de tels établissements les fonctionnaires d'une administration par trop économe, de manquer à leur devoir qu'ils accomplissent au contraire toujours au-delà même de leurs forces ; mais ils sont véritablement débordés, quoi qu'ils fassent, par le nombre trop considérable des malades qu'on les oblige à soigner et qu'ils ne peuvent suivre utilement.

Je suis partisan convaincu du Sanatorium, petit établissement dirigé par un médecin qui y fait ce qu'il veut et qui en est le maître absolu, qui n'est pas bridé par conséquent par une administration tâtillonne qui l'oblige parfois à transiger avec sa conscience. Ce médecin devra être spécialement au courant de tout ce qui touche la tuberculose pulmonaire et son traitement ; le médecin de Sanatorium doit toujours être présent ou représenté dans son établissement ; il doit tout son temps et tous ses soins aux malades qui viennent se mettre sous sa direction. Vivant avec eux et au milieu d'eux, il doit mériter à ce point leur confiance qu'il soit mis par eux au courant de toutes les circonstances même morales de leur existence dont la connaissance peut l'aider à diriger utilement le traitement. Le nombre des malades soignés dans un tel établissement doit être assez peu considérable pour que tous ceux qui y habitent, tuberculeux et médecin, constituent comme une seule et même famille vivant de la même vie sous une direction médicale unique. De cette façon, le médecin du sanatorium connaîtra à fond chacun de ses malades, il pourra l'aider quotidiennement de ses conseils et parer à la moindre complication dès que celle-ci se présentera ; il pourra, en un mot, le connaître d'une manière tellement complète qu'il saura le soigner utilement et l'aider à atteindre le résultat que, sauf l'imprévu, tout malade sérieux, soigné à temps et dirigé convenablement, est en droit d'obtenir.

Le type de tels établissements est ce que M. le docteur Brunon, le distingué directeur de l'École

de médecine de Rouen, a décrit et préconisé sous le nom de « sanatorium de fortune » (1). Dans un bâtiment, dans une propriété quelconque convenablement située et que l'on adapte à cet effet, on installe sous une direction médicale consciente de ses devoirs et au courant de la question un établissement fermé où le nombre des malades que l'on y peut admettre est presque toujours forcément très limité ; dans ces conditions, et pour peu que le médecin dirigeant sache laisser à ses pensionnaires une certaine liberté, qui n'exclut d'ailleurs nullement la discipline nécessaire, les tuberculeux qui y habitent y vivent heureux, satisfaits des progrès que leur santé y réalise et ils ont, en grande partie du moins, l'illusion de n'avoir quitté ni leur domicile ni leur famille ; leur moral ne peut qu'y gagner à bien des égards et aider singulièrement à la marche vers la guérison.

Dès l'année 1900, le docteur Sabourin écrivait, après avoir parlé de quelques-uns des trop rares établissements de ce genre que nous possédions en France à cette époque : « Ce n'est qu'un dé-« but, ce ne sont que de modestes établissements « en face des immenses sanatoriums de l étranger. « Mais le nombre peut suppléer à l'importance de « chacun en particulier. Et nous en verrons d'au-« tres éclore, il faut l'espérer. D'ailleurs, la mode « en France paraît être aux petits Sanatoriums et « jusqu'à présent les résultats obtenus sont ex-« cellents » (2).

Même à l'heure actuelle, je n'ai rien à ajouter pour finir et conclure à ces mots du distingué directeur de Durtol.

THÉRAPEUTIQUE

L'Eau de Condal.

Dans une étude publiée jadis par le *Concours médical*, le Dr Duchesne a passé en revue les principales de ces eaux minérales purgatives, et il semble bien qu'aucune d'elles ne possède l'ensemble des qualités que doit présenter une bonne purgation. En effet, après les avoir examinées au point de vue de leur composition, de leur mode d'action, de leurs avantages et de leurs inconvénients, l'auteur concluait ainsi :

« *Parmi les eaux purgatives connues, la supério-« rité revient aux eaux à minéralisation moyenne.*

« *La meilleure purgation est encore la simple so-« lution de sulfate de soude.*

« *Cette solution serait bien plus active, si elle « existait toute préparée dans la nature, et il faut « souhaiter la découverte d'une eau minérale à base « exclusive de sulfate de soude, et de dosage moyen.* »

(Notre confrère donnait là le signalement de l'Eau de Condal.)

Condal est une source qui appartient au massif de Rubinat en Espagne. Mais sa composition diffère considérablement de celle de Rubinat-Llorach.

En voici en effet l'analyse officielle à l'état anhydre :

Sulfate de soude...........	44 gr. 51
Sulfate de chaux...........	1 » 65
Sulfate de potasse...........	0 » 48
Sulfate de magnésium......	3 » 06
Chlorure de sodium........	1 » 85
Total.........	51 gr. 55

Ces chiffres classent l'*eau de Condal* dans la catégorie des eaux moyennes. Elle est en effet deux fois moins minéralisée que sa voisine, l'eau de Rubinat-Llorach, et l'est cependant un peu plus que l'eau de Janos. En outre, et c'est ce qui fait sa supériorité, elle ne doit son efficacité d'action qu'au sulfate de soude qui entre dans sa composition dans la proportion de 44 gr. 50, les autres sels formant un total insignifiant de 7 gr. 04.

Il s'agit donc bien d'une solution naturelle de sulfate de soude, et s'il est exact — ainsi que le travail précité tend à le démontrer — que le sulfate de soude est le meilleur agent purgatif (c'est tout au moins l'opinion de Dujardin-Beaumetz, dont la compétence en la matière fait loi), il n'est pas douteux que l'*eau de Condal* l'emporte de beaucoup, et à tous égards, sur toutes ses congénères.

Cette eau — d'une administration facile — est bien acceptée et supportée par les malades. Précisément parce qu'elle ne contient que des traces, pour ainsi dire, de sulfate de magnésie et de chlorure de sodium, elle n'a pas la saveur nauséeuse des eaux dans lesquelles ces sels sont en plus grande quantité, et, en outre, elle n'est irritante que dans la mesure où l'irritation doit être obtenue pour réaliser l'action purgative.

Saveur très supportable, tolérance parfaite, digestibilité normale, effet prompt, utile et calculé, telles sont en résumé les qualités de l'*eau de Condal.*

Un demi-verre, un verre d'eau de Condal, à titre laxatif ; deux verres le matin à jeun comme purgatif, répondent à la plupart des indications, qu'il s'agisse de donner au tube digestif le *coup de balai* nécessité par les encombrements ou les affections dont il est le siège, ou qu'il soit nécessaire de créer une dérivation salutaire dans tous les cas où celle-ci s'impose : hydropisies d'origines diverses, congestions viscérales, hémorrhagies cérébrales, etc. Elle se prête également très bien au traitement des états dysentériformes tels que le prescrit le Dr Aviragnet : un demi-verre le premier jour, un verre à Bordeaux les jours suivants pendant huit jours en moyenne : « le sulfate de soude donné à dose faible constituant un médicament de tout premier ordre dans les colites aiguës muqueuses ou dysentériformes. »

Nous ne craignons pas d'engager nos collègues du *Concours médical* et tous les praticiens en général à recourir à l'*eau de Condal* dans tous les cas où ils trouveraient une indication à l'emploi d'une solution de sulfate de soude, cette eau possédant toutes les propriétés des produits naturels, beaucoup plus actifs à dose moindre.

C'est la purgation pour ainsi dire idéale, sans surprises, sans inconvénients. Elle ne tient que ce qu'elle promet, mais ses promesses sont certaines, et certain est le succès à la suite de son administration.

(1) Académie de médecine. Séance du 2 avril 1901.
(2) Dr Ch. Sabourin. *Traitement rationnel de la phtisie.* Masson et Cie, éditeurs Paris, 1906, page 243.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Une loterie pour les veuves et orphelins du corps médical

Ce n'est pas sans une grosse émotion que nous avons lu dans le *Bulletin médical* du 7 février, l'article que nous reproduisons ci-dessous.

Il y a quelque quinze ans, sous un ministère Constans, le corps médical s'était heurté au refus de laisser organiser une loterie en faveur de ses veuves et orphelins. Le *Concours* a jadis rapporté l'histoire de cette déconvenue.

Quelqu'un, paraît-il, n'avait pas été découragé par cet échec : c'est M. le Dr Smester, secrétaire adjoint de la Société centrale de Paris. Ecoutons, au sujet de ses démarches récentes, le récit de M. le Dr J. Janicot, récit auquel nous nous ferions scrupule de changer un seul mot.

Un rêve!

De très bonne foi, on a salué récemment, comme une idée *neuve* et excellente, le projet de lancer une loterie en faveur des veuves et des orphelins de la profession médicale.

Certes oui, l'idée est excellente, mais il y a déjà longtemps qu'elle a été semée. Ce ne fut, hélas, qu'un rêve ! Il mérite, semble-t-il, d'être aujourd'hui conté.

***

L'idée d'une loterie, dont le produit servirait à soulager les infortunes de nos veuves et de nos orphelins, appartient, bien en propre, à notre confrère et ami le Dr Smester. Il y a, en effet, plus de vingt ans qu'il en a parlé pour la première fois dans un milieu qui n'a rien de secret : les Assemblées générales de l'Association des médecins de France, et il en reparla souvent dans la même enceinte. Il voyait avec raison dans cette loterie le moyen de venir en aide aux confrères âgés et infirmes et de compléter ainsi les retraites servies par l'A. G., d'aider largement les veuves sans ressources, et, enfin, de pourvoir à l'avenir des orphelins.

Il faut reconnaître qu'il prêcha dans le désert. L'accouplement des termes *loterie* et *médecine* parut anormal, pour ne pas dire plus. La médecine n'était-elle pas un sacerdoce, et ses prêtres ne se déconsidéreraient-ils pas en acceptant, pour soulager les misères de beaucoup d'entre eux, des ressources de semblable provenance !

Mais notre profession s'encombrait de plus en plus, les temps devenaient de plus en plus durs ; le « prêtre » vivait de plus en plus strictement de « l'autel » ; les intérêts purement matériels étaient bien forcés de se défendre plus vigoureusement que jadis ; la question des veuves et des orphelins se posait à l'A. G., etc., etc., et toutes ces transformations créaient un milieu favorable à l'éclosion de l'idée de Smester. Au surplus, pour calmer tous les scrupules, il ne s'agissait même pas, dans l'affectation du produit d'une loterie, des médecins eux-mêmes, fussent-ils âgés, infirmes, incapables de travailler, il s'agissait uniquement des veuves et des orphelins que la mort du chef de famille laisserait sans moyens d'existence. Et puis, la Société, à laquelle le médecin rend tant de services *gratuits*, n'avait-elle pas le devoir d'acquitter ainsi, tout en rêvant d'un gros lot, une parcelle infime de sa dette toujours renouvelée ?

Quoi qu'il en soit, Smester, au commencement de 1904, résolut de pousser plus à fond. Il nous en parla. Nous décidâmes de l'appuyer de toutes nos forces dans ce journal. N'était-ce pas un devoir étroit de solidarité, de confraternité ?

Préalablement, toutefois, nous crûmes devoir prendre l'avis de M. le prof. Lannelongue qui, en sa qualité de président honoraire de l'Association générale des médecins de France, de promoteur et bienfaiteur de la Caisse des veuves et orphelins de l'A. G., nous paraissait plus qualifié que personne pour émettre une opinion. Or, il approuva complètement et nous promit tout son concours au moment voulu.

Afin d'arrêter la marche à suivre, Smester réunit à d ner chez lui, le 25 mai 1904, M. le Dr Piettre, sénateur de la Seine, M. Cloarec, député du Finistère — tout dévoués à l'œuvre —, mon ami Granjux et le signataire de ces lignes. On tomba d'accord qu'il fallait avant tout obtenir l'approbation du président du Conseil d'alors, M. Combes, et que si on le gagnait à la cause, la victoire était assurée, en raison de l'influence qu'il exerçait sur les deux Chambres. Et puis, en sa qualité de médecin, ayant vécu la véritable vie du praticien, ne devait-il pas être avec nous ?

Cet espoir se réalisa, *et tout était là* !

Le 28 ou 29 mai, c'est-à-dire trois jours après la réunion intime dont nous venons de parler, notre ami Smester, présenté et accompagné par M. le député Cloarec, était reçu par le président du Conseil. *L'accueil, au premier moment*, *fut plutôt réservé*, et cela se conçoit. « Autoriser une loterie est une grosse et grave affaire pour un gouvernement... On en avait déjà autorisé plusieurs, et la premiière expérience (loterie des Tuberculeux du Nord) avait été malheureusement peu encourageante... On ne pouvait pas continuer indéfiniment... La mesure paraissait remplie, etc., etc. »

Ce ne fut, heureusement, que le tout premier mouvement de M. le Président du Conseil. Smester ne se laissa pas démonter. Il plaida avec toute la chaleur d'un cœur de philanthrope et tous les arguments de raison ; il exposa au ministre qu'il était injuste de laisser tendre la main aux veuves et aux orphelins de tant de médecins morts sans aucune fortune, et qui, toute leur vie, s'étaient prodigués sans compter, sans rémunération aucune, auprès des malheureux.

La glace fut vite rompue. Les arguments avaient porté.

« Eh bien ! dit le Président du Conseil, *je vous accorde une loterie de cinq millions*, mais aux conditions suivantes, qui sont formelles, absolues :

1° L'argent ira à la Caisse de l'Association générale des médecins de France ;

2° Les frais d'émission (lots compris) ne dépasseront pas 35 % ;

3° L'émission sera garantie par un établissement de crédit ».

Toutes ces conditions, de sage prudence, n'avaient absolument rien qui pût arrêter, et la première, notamment, allait de soi.

Quant à la deuxième, aucune corporation — sauf celle des journalistes politiques — n'était plus à même que la nôtre de réduire au strict minimum les frais d'émission proprement dits et de placer les billets. Il suffisait de le vouloir, et on l'aurait voulu, naturellement !

Après cette audience décisive, sans perdre de temps, on fit les démarches nécessaires auprès du groupe des médecins du parlement, groupe qu'il était indiqué d'avoir avec soi.

Une des personnalités les plus importantes de ce groupe, M. le Dr Merlou, aujourd'hui ministre des finances, fut tout de suite acquis. Un autre député influent, M. le Dr Dubuisson, promit son concours, mais en déclarant que le groupe parlementaire ne marcherait *que si le Conseil général de l'A. G. approuvait le projet*. C'était, en somme, la répétition de la

première condition du président du Conseil. Mais quoi de plus simple ?

La Commission administrative de la Société centrale fut, en grande majorité, gagnée par Smester. Il en fut de même de bon nombre des membres du Conseil général de l'A. G. entrepris individuellement.

L'affaire paraissait donc en excellente voie. *Trois millions au moins*, tous frais déduits, allaient mettre bientôt la Caisse des veuves et des orphelins de l'A. G. à hauteur de sa lourde tâche ; d'un seul coup la fortune de l'Association se trouverait doublée, et cet accroissement de ressources lui attirerait forcément de nouveaux adhérents, lui donnerait une nouvelle et grande force ! Quel beau rêve !

Le Conseil général de l'A. G. fut saisi de la question par son secrétaire général, qui en avait été prié par Smester. Que se passa-t-il là ? Quelles difficultés, administratives ou autres, surgirent? Nous l'ignorons. Le « Bulletin » de l'A. G. n'en porte pas trace. Ce qui est sûr, c'est que le rêve s'évanouit !

C'était, sans doute, écrit, mais je ne puis encore y songer sans tristesse !

J. Janicot.

Le sentiment de profonde déception que traduit M. le Dr Janicot dans les dernières lignes de son article sera partagé par tous ceux qui connaissent la misère médicale. Mais il sera particulièrement dur à supporter à des confrères dont nous savons la situation navrante, à de vaillants lutteurs dont la santé vaincue va faire défaut pour le gagne-pain des leurs.

Se peut-il qu'après cette publication, cette lueur d'espoir jetée aux confrères les plus malheureux, on laisse planer sur certains membres du conseil de l'A. G. la suspicion d'avoir, on ne sait pourquoi, empêché la réalisation du Rêve ?

Nous ne le pensons pas.

De gaieté de cœur, ou par négligence, les hommes qui dirigent l'A. G. n'ont pas pu encourir pareille responsabilité. Il ont dû se heurter à quelque obstacle imprévu surgissant à la dernière heure. Quel fut cet obstacle ? Nous demandons instamment à l'A. G. de nous le dire au plus vite.

Mais, au fait, M. le Dr Janicot en sait peut-être aussi quelque chose autrement que par le *Bulletin* de l'A. G. S'il déclare son rêve bien et dûment évanoui, n'est-ce pas qu'il connaîtrait un peu le « non possumus » auquel on s'est buté ?

Cela ne peut pas être le bon plaisir de quelques-uns, puisque l'assemblée générale (ils le savent bien) aurait le droit de leur imposer l'acceptation du présent refusé. Il y a autre chose, c'est évident.

Mais quoi ?

Nous supplions à la fois l'A. G. et le *Bulletin médical* de satisfaire à notre curiosité angoissée. Pitié pour ceux qui, menacés du naufrage, auront vu luire un instant le phare sauveur : ils doivent savoir comment il fut éteint, et s'il l'est irrévocablement, ils doivent surtout avoir la preuve immédiate que ce ne fut pas du fait de mains confraternelles.

La loi sur les syndicats professionnels à la Chambre.

Amendements à proposer.

Au milieu des conversations qui ont suivi le dernier banquet du Concours médical et de l'Union des syndicats, si nombreux et si brillant, la défense des intérêts professionnels médicaux n'a point disparu des préoccupations qui avaient inspiré les assemblées générales de l'après-midi. La présence à cette réunion des membres du Parlement, appartenant au Corps médical, a rappelé à quelques-uns des convives qu'un projet de loi tendant à étendre la portée et les effets de la loi de 1884 sur les syndicats professionnels, allait incessamment être mis en discussion à la Chambre des députés. Ils se sont souvenus en même temps de deux décisions de la jurisprudence, rendues à propos des syndicats médicaux, et qui constituent des restrictions d'ordre général à la liberté d'association syndicale et à l'étendue des actions appartenant aux syndicats pour la défense des intérêts communs à tous leurs membres. Nous voulons parler de l'arrêt rendu par la Chambre civile de la Cour de cassation le 28 février 1902, dans l'affaire des poursuites exercées contre les membres du bureau du Syndicat médico-pharmaceutique de Lille pour constitution illégale de syndicat, et du jugement rendu par le tribunal civil de la Seine (1re Chambre), le 5 novembre 1902, dans l'instance intentée par le Syndicat des médecins de la Seine contre la Compagnie parisienne des tramways pour obtenir la suppression de placards apposés par cette Compagnie dans ses dépôts et tendant à détourner les ouvriers, victimes d'accident du travail, de se faire soigner par le médecin de leur choix, conformément au droit qui leur était reconnu par l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898. La première de ces décisions est relatée notamment dans le Recueil de Sirey 1903, 445, et vivement critiquée par l'arrêtiste qui la commente ; la seconde est relatée notamment dans le *Bulletin du Syndicat des médecins de la Seine*, 1903, p. 285.

De ces conversations est sortie l'idée de demander à quelques hommes de bonne volonté de se réunir, pour examiner le texte du projet présenté à la Chambre des députés par la Commission et son éminent rapporteur, rechercher si les modifications et additions proposées suffiraient pour supprimer à l'avenir les restrictions apportées par la jurisprudence à la loi de 1884, et, dans le cas de la négative, arrêter le texte d'amendements susceptibles d'être proposés au Parlement pour obtenir ce résultat. Il fut alors convenu que les Drs Dubuisson, député, Guairal et Diverneresse, ainsi que Me Gatineau, avocat à la Cour, conseil du « Sou médical », constitueraient cette sorte de commission volontaire.

Elle s'est réunie dans les bureaux du Concours médical, sous la présidence du Dr Dubuisson, et, après avoir constaté que le texte proposé par la Commission n'était pas suffisant pour garantir à l'avenir les libertés syndicales contre les restrictions de la jurisprudence consacrées par les deux décisions rappelées plus haut, elle a toutefois reconnu que le résultat cherché pouvait être atteint simplement par l'addition de quelques mots au texte de la Commission, sous forme d'amendements. Le Dr Dubuisson a bien voulu se charger de proposer au Parlement les amendements en question.

§ Ier

Restriction à la Loi apportée par l'arrêt de la Cour de cassation du 28 février 1902.

Un certain nombre de médecins et de pharmaciens de Lille avaient formé un syndicat

« sous le nom d'« Union médico-pharmaceutique » « ayant pour objet la défense des droits profes- « sionnels et de la santé publique ». Le Procureur de la République de Lille avait traduit les membres du bureau devant le tribunal correctionnel sous l'inculpation « d'avoir, contrairement à la « loi du 21 mars 1884, constitué un syndicat entre « personnes n'exerçant ni la même profession, ni « des professions connexes concourant à l'éta- « blissement de produits déterminés ». Le tribunal correctionnel de Lille, dans un jugement du 10 août 1901, acquitta les prévenus, en proclamant la connexité des professions de médecin et de pharmacien et le concours entre ces deux professions à l'établissement d'un produit déterminé.

Le ministère public fit appel et obtint de la Cour de Douai un arrêt en date du 11 novembre 1901 (Sirey 1901. 2. 289) qui condamna les prévenus, en se refusant à admettre la connexité des deux professions, et aussi en s'appuyant sur un argument d'ordre juridique que la Cour de cassation, saisie par un pourvoi des administrateurs du syndicat, a consacré dans son arrêt de rejet du 28 février 1902. Cet arrêt est ainsi résumé dans Sirey, vol. 1903. 1. 445 :

« La loi du 21 mars 1884 a limité l'objet des syndicats professionnels à l'étude et à la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles, refusant ainsi le droit de former des syndicats à tous ceux qui n'ont à défendre aucun intérêt industriel, commercial et agricole, ni par suite, aucun intérêt économique se rattachant d'une façon générale à l'un des intérêts précédents (Loi 21 mars 1884, art. 2).

« Dès lors, en permettant aux médecins, chirurgiens, dentistes et sages-femmes « de se constituer en associations syndicales pour la défense de leurs intérêts professionnels », c'est-à-dire d'intérêts autres que des intérêts industriels, commerciaux ou agricoles, l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 a statué par voie de disposition exceptionnelle et, à raison de la dérogation qu'il apporte à une loi générale, il doit être interprété à la lettre.

« La loi du 30 nov. 1892 qui permet aux personnes énumérées de se constituer en associations syndicales pour la défense de leurs intérêts professionnels, ne contient aucune disposition les autorisant à se syndiquer avec d'autres personnes exerçant des professions similaires ou des professions connexes ; et si la faculté de se constituer en syndicat est conférée aux médecins, chirurgiens, dentistes et sages-femmes, dans « les conditions de la loi du 21 mars 1884 », ces expressions se réfèrent aux formes prescrites dans ladite loi, et n'attribuent à ces syndicats que les seuls droits compatibles avec le caractère exceptionnel de la disposition qui les autorise.

« Est donc illégalement constitué un syndicat composé de médecins et de pharmaciens. »

Cette théorie est vivement critiquée, non seulement par l'arrêtiste qui a commenté cette décision, mais encore par M. Albert Wahl, professeur à la Faculté de droit de Lille, sous l'arrêt de Douai rapporté dans Sirey, vol. 1901. 2. 289, et par M. Le Poittevin, juge au tribunal de la Seine, dans un article des plus documentés publié dans le *Droit médical* du 5 mai 1905.

Il n'est pas douteux qu'en la circonstance l'interprétation de la jurisprudence a trahi les intentions du législateur de 1892.

En admettant — ce qui n'est rien moins que prouvé — qu'à l'origine de la législation accordant le droit de former des associations syndicales, il ait été dans les intentions du législateur de limiter ce droit aux personnes qui, comme *commerçants, industriels* ou *agriculteurs*, ont des intérêts économiques à défendre, il n'est pas douteux qu'au contraire le législateur de 1892 ait voulu que les médecins pussent bénéficier de tous les droits et avantages résultant de la loi de 1884, sous cette seule restriction qu'ils ne pourraient se syndiquer pour la défense de leurs intérêts personnels « à l'égard de l'Etat, du département et des communes ».

L'article 13 de la loi de 1892 le dit expressément : « A partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, *dans les conditions de la loi du 21 mars 1884*, pour la défense de leurs intérêts professionnels à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, etc... »

Au surplus, les travaux préparatoires de la loi de 1892 au Sénat font apparaître nettement les intentions du législateur à cet égard.

Lors de la première délibération au Sénat, qui a abouti au rejet, à une voix de majorité, du texte de l'article 13 donnant aux médecins le droit de se syndiquer, M. Loubet, président du Conseil des ministres, rappelait les décisions du tribunal de Domfront et de la Cour de cassation qui avaient refusé aux médecins le droit de former des syndicats et ajoutait : « Que prouvent ces décisions ? Elles prouvent que si les médecins ont intérêt — et ils y ont un intérêt incontestable, — à réclamer le bénéfice de la loi de 1884, ils devront demander l'*extension des dispositions des articles 2 et 3 de cette loi*, qu'on pourra peut-être étendre à d'autres catégories de citoyens qui exercent une profession non comprise dans les termes de la loi de 1884 ». Il fait valoir ensuite les inconvénients que pourrait avoir la faculté de se syndiquer accordée aux médecins qui ont la qualité des fonctionnaires publics. Il déclare ne pas s'opposer au vote de l'article sous ces observations et se réserver de chercher avec la commission, dans l'intervalle des deux délibérations, les bases d'un accord « pour la conciliation de ces deux intérêts semblablement respectables : l'intérêt du corps médical et l'intérêt de l'État ».

A la seconde délibération, l'art. 13, qui fut plus tard adopté, ayant été proposé par la Commission, M. Loubet, dans la discussion qui se produisit, s'exprime ainsi : « Je crois qu'on peut sans danger, avec la formule qu'a acceptée la Commission, donner satisfaction aux médecins. Ce qu'ils réclament d'ailleurs, c'est leur constitution en syndicat légal, *en vertu de la loi de 1884.* »

Ainsi l'intention du législateur de 1892 a bien été de placer les médecins sous le régime de la loi de 1884, dont le bénéfice leur avait été refusé par la Cour de cassation dans son arrêt du 27 juin 1885, sous une seule restriction concernant les droits de l'Etat, du département et des communes.

Or la connexité entre la profession de médecin et celle de pharmacien, comme concourant à l'établissement d'un produit déterminé, n'est pas discutable. M. Athalin, conseiller rapporteur (Dalloz, 1902, 1. 204 et 205), la proclamait formel-

lement et la Cour de cassation n'a point retenu l'argument peu soutenable de la Cour de Douai qui avait nié par des raisonnements spécieux et inexacts cette connexité.

L'argumentation nouvelle de la Cour de cassation est basée sur les expressions de la loi de 1892, à savoir les mots la « défense des intérêts professionnels », employés à l'égard des médecins, tandis que la loi de 1884 avait employé pour les personnes auxquelles elle donnait le droit de se syndiquer les expressions « intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles ».

Puisque c'est sur cette différence de terminologie que la Cour de cassation s'est fondée pour refuser aux médecins une partie du bénéfice de la loi de 1884, malgré l'intention évidente du législateur de 1892, il est de toute nécessité d'ajouter au texte de la loi de 1884 des expressions qui ne laissent plus de place à la méconnaissance systématique de ces intentions.

Après examen du texte de l'article 2 de la loi de 1884, et de la modification proposée par la Commission de la Chambre des députés et consistant dans l'addition à cet article de deux paragraphes ainsi conçus, il a semblé que la rédaction de la commission donnerait satisfaction aux légitimes réclamations des médecins et des pharmaciens par l'intercalation d'un seul mot dans le 2e paragraphe.

Les deux paragraphes proposés par la commission sont en effet les suivants :

« Pourront continuer à faire partie d'un Syndicat professionnel les personnes qui auront abandonné l'exercice de la profession, et pourront y entrer celles qui, ayant exercé la profession pendant cinq années au moins, ne l'auront pas quittée depuis plus de dix ans.

« La présente loi est applicable *aux professions* libérales et aux ouvriers et employés de l'Etat, des départements, des communes et des établissements publics qui ne détiennent aucune portion de la puissance publique ».

Il suffirait de dire : à *toutes* les professions libérales, pour souligner suffisamment les intentions du législateur, de manière à ne pas laisser à la jurisprudence le moyen de maintenir à l'encontre des droits des médecins et des pharmaciens les restrictions qu'elle a apportées à la liberté syndicale par l'arrêt du 28 février 1902.

Sans cela, il serait possible à la jurisprudence de maintenir la théorie du dit arrêt, contenant le raisonnement suivant : le droit de se syndiquer, en ce qui concerne les médecins, a été accordé par une législation particulière, à savoir : la loi du 30 novembre 1892, laquelle les a mis en dehors du droit commun syndical, et lorsque, plus tard, le législateur a voulu accorder aux professions libérales le bénéfice de la loi de 1884 qui leur était refusé jusqu'alors, il n'a pas entendu modifier quoi que ce soit à la loi de 1892, qui n'avait accordé aux médecins qu'un droit limité et restreint de former des syndicats.

2e Question.

Restriction à l'étendue du droit d'action en justice.

Sur un autre point fort important, la jurisprudence s'ingénie à apporter à la loi de 1884 des restrictions qui apparaissent aussi comme une méconnaissance formelle des intentions du législateur.

Il s'agit de l'action en justice des syndicats.

Le 1er § de l'article 6 de la loi de 1884 dit que « les Syndicats professionnels de patrons ou d'ouvriers auront le droit d'ester en justice. »

L'article 3 s'exprime ainsi : « Les Syndicats professionnels ont exclusivement pour objet l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles. »

La jurisprudence a tout d'abord dégagé cette règle, dont nous ne contestons pas la justesse, à savoir que « *l'action des Syndicats n'est recevable qu'autant qu'elle a pour objet la défense des intérêts professionnels collectifs, c'est-à-dire communs à l'ensemble des membres du Syndicat*; et qu'elle ne pourrait avoir pour objet la défense des intérêts individuels de tel ou tel membre, tels que ceux résultant de contrats passés individuellement par des membres d'un syndicat avec des tiers (Cass. Civ., 1er février 1893, Sirey, 1896, 1, 329).

Et encore, dans la période qui a suivi la promulgation de la loi, les tribunaux, avec l'appui de M. Waldeck-Rousseau, le propre père de la Loi sur les syndicats, ont-ils essayé de restreindre l'action en justice des syndicats à la défense des intérêts inhérents à la *personnalité juridique des syndicats*, c'est-à-dire à la défense de la *considération du syndicat*, au cas de diffamation à son adresse, ou de son *patrimoine*, ce qui équivalait à peu près à la suppression de l'action syndicale devant la justice ; mais elle n'a pas persisté dans cette voie.

Depuis lors, il est admis que les syndicats professionnels ont le droit d'agir en justice pour la défense des intérêts collectifs de l'association, soit qu'il s'agisse de la réparation d'un préjudice causé à la généralité des membres par un quasi-délit ou un délit (par exemple par des actes de concurrence déloyale pouvant nuire à toute une catégorie de commerçants), soit qu'il s'agisse de l'exécution de contrats créant des droits au profit de l'ensemble des syndiqués.

Mais la jurisprudence trouve parfois, pour déclarer irrecevables les actions intentées par des syndicats, des détours qui peuvent dans un grand nombre de cas rendre illusoire le droit d'agir en justice accordé par l'article 6.

C'est ce qui s'est produit dans une affaire intentée par le Syndicat des médecins de la Seine contre la Cie parisienne des tramways.

Le Syndicat avait assigné devant le tribunal de la Seine cette Cie pour obtenir qu'il lui soit ordonné de supprimer de ses dépôts des affiches concernant le service médical, et enjoignant aux employés de ne pas, même en cas d'accident survenu dans le travail, se faire soigner par les médecins de leur choix, sous peine de conserver à leur charge les frais de maladie. Cette injonction violait manifestement la disposition de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, et causait indirectement un dommage à l'ensemble des médecins exerçant dans le département de la Seine, à Paris et dans la banlieue, où ils peuvent être appelés à soigner les employés et ouvriers de la Cie. En outre, cette manœuvre ayant pour résultat d'opérer un détournement de clientèle, et d'amener au cabinet des médecins affiliés à la Cie des malades enlevés à leurs médecins ordinaires, était de nature à porter atteinte aux intérêts moraux, communs à tous les membres du corps médical. Tous les membres du corps médical en effet, qu'ils soient médecins indépendants ou médecins de Cies, ont un inté-

rêt moral évident à ce que les règles de correction, indispensables à la fois à la sauvegarde des intérêts des malades, et au maintien de la dignité et de la bonne harmonie entre les médecins, ne soient pas violées par un chef d'entreprise à son profit exclusif.

Le tribunal de la Seine a repoussé l'action du Syndicat, en accueillant une fin de non recevoir, opposée par la Cie et tirée de ce que cinq membres sur 800 environ que comprend le Syndicat, étaient affiliés à la Cie défenderesse et chargés d'assurer le service médical. Cette circonstance établissait aux yeux du tribunal, au profit de ces cinq membres du Syndicat, un intérêt distinct et opposé à celui des autres membres. Cependant ces cinq médecins continuaient à faire partie du Syndicat, et l'un d'eux était même membre du bureau qui avait saisi le tribunal. Le Syndicat tout entier agissait en raison de l'intérêt commun qu'avaient tous les membres à ce que la Cie ne continuât pas à porter atteinte aux conditions dans lesquelles doit s'exercer l'art médical et doivent se maintenir les rapports des médecins les uns vis-à-vis des autres.

Il paraît indiscutable que, dans l'esprit du législateur, en accordant le droit d'ester en justice aux syndicats ayant pour objet l'étude et la défense des *intérêts économiques*; il a employé ce dernier mot dans son sens le plus large, qu'il a voulu viser aussi bien la défense des intérêts *moraux* communs à tous les membres que la défense de leurs intérêts matériels, et que l'action des syndicats devrait être déclarée recevable, même lorsqu'il peut exister des différences dans la situation des syndiqués au point de vue du profit qu'ils peuvent tirer du succès de l'action exercée par le syndicat. « L'action des syndicats peut être exercée, comme l'a dit la Cour de Poitiers, dans un arrêt du 2 juin 1902. (*Gaz. du Pal.*, 1902. 2.18), « lorsque l'atteinte prétendue est portée *aux conditions dans lesquelles se traitent les affaires de la corporation* ».

Une jurisprudence comme celle du Tribunal de la Seine est dangereuse. Elle pourrait se généraliser.

Ainsi il suffirait que, dans un syndicat ouvrier, il y eût quelques membres dont l'intérêt au succès de l'action intentée soit différent de celui de l'ensemble des membres du syndicat, pour qu'on déclarât l'action irrecevable. Supposons, par exemple, un syndicat d'ouvriers ayant traité avec un syndicat de patrons pour fixer les salaires applicables à diverses catégories, les conditions d'avancement ou d'augmentation des salaires et que les patrons aient violé ces stipulations du contrat de telle manière que les modifications introduites profitent à quelques-uns des syndiqués, tout en portant préjudice à l'ensemble. Il suffirait aux patrons de prouver que certains syndiqués bénéficient de la violation du contrat, pour paralyser complètement l'action du syndicat tendant à en obtenir la stricte observation ! Cependant la totalité des ouvriers syndiqués, y compris ceux dont la situation pourrait bénéficier des agissements des patrons, peuvent considérer qu'ils ont tous un *intérêt moral* à ce que les contrats passés ne soient pas violés, à ce qu'aucune injustice ne soit commise. Les uns bénéficient aujourd'hui d'une violation de contrat ; leur tour d'être lésés peut venir demain. Ne va-t-on pas permettre à ceux qui peuvent bénéficier d'un passe-droit de se joindre à ceux qui en souffrent, pour obtenir que la justice soit accordée à tous ? Faut-il donc laisser mettre une entrave aux mouvements les plus généreux de la solidarité ? Il est par conséquent indispensable de spécifier, puisqu'on introduit dans la loi des dispositions destinées à la compléter et à en préciser la portée, que les syndicats peuvent agir non seulement pour la défense des intérêts matériels, mais encore pour la défense des intérêts moraux communs à tous leurs membres.

Après examen du texte de l'article 3 de la loi de 1884, auquel le projet de la commission ajoute un 2e paragraphe sans intérêt au point de vue qui nous occupe, il semble suffisant de demander la modification du 1er paragraphe de l'article 3 de la façon suivante :

« Art. 3. — Les syndicats professionnels ont exclusivement pour objet l'étude et la défense des intérêts *moraux* et *matériels*, industriels, commerciaux et agricoles. »

La modification proposée substituerait simplement au mot « économique », qui peut être pris dans son sens le plus étroit, c'est-à-dire dans le sens d'intérêts matériels seulement, les mots « moraux et matériels » qui comprennent l'ensemble des intérêts communs à tous les syndiqués pour la défense desquels le droit d'action en justice est accordé aux syndicats par l'article 6.

Telles sont les modifications à la loi et au projet de la Commission que M. le Dr Dubuisson, député, a bien voulu se charger de proposer au Parlement.

Georges Gatineau,
Avocat à la Cour d'appel,
Conseil du « Sou Médical ».

A propos des médecins sanitaires maritimes.

Notre distingué confrère Lop, dans le numéro du 30 décembre 1905 de *La Presse Médicale*, plaidait chaleureusement la cause du libre exercice de la médecine à bord des navires de commerce français, et s'élevait contre la prétention ministérielle d'interdire les places de médecins des paquebots aux confrères non munis du certificat de médecin sanitaire maritime.

Nous recevons à ce sujet l'intéressante lettre suivante :

Monsieur,

Permettez au président honoraire de la Société de médecine sanitaire maritime de répondre quelques mots à M. Lop, dont vous avez publié le cri d'alarme contre la monopolisation d'un certain nombre d'emplois de médecins à bord des navires de commerce.

La question serait trop longue à traiter si je voulais la développer en entier ; je me bornerai à vous signaler les erreurs principales qui se glissent dans la documentation de M. Lop, réservant pour plus tard et pour un autre lieu une réponse plus complète.

1° *Légalement, le médecin sanitaire maritime existe depuis qu'il existe en France une marine marchande.* Si l'on se reporte aux textes de lois les plus anciens, on constate que de tout temps les *chirurgiens de la marine* embarquant sur les navires de commerce étaient soumis à une enquête de la part des médecins de l'Inscription maritime, enquête portant tout à la fois sur leur moralité et leurs capacités.

L'évolution qui a suivi est facile à saisir : les chirurgiens de la marine — titre vague désignant des

étudiants en rupture définitive d'école — ont disparu ; il a fallu pour naviguer, posséder un diplôme régulier — doctorat ou officiat — ; mais l'enquête préalable n'en a pas moins subsisté.

Puis les choses de l'hygiène de la marine marchande ont été dévolues au ministère du Commerce ; celui-ci a maintenu la précédente enquête sous forme d'une commission accordée à certains médecins.

Enfin, quand la Direction de l'hygiène est passée au ministère de l'Intérieur, la commission, sans laquelle *nul médecin ne pouvait naviguer*, a toujours subsisté.

Mais, à cette époque, la police sanitaire évolue dans un sens plus large ; l'officiat de santé est supprimé, surtout des abus nombreux se produisent : on embarque sur certains navires — grâce à des subterfuges sans nombre — des gens qui n'avaient nul diplôme ni même nulle fréquentation d'aucune école médicale.

Le ministère de l'Intérieur vient alors régulariser un état de choses en tous points mauvais. A cette commission distribuée quelquefois sans enquête sérieuse, il substitue un examen, garantie à la fois pour la santé publique en France et pour le médecin lui-même.

Le médecin sanitaire maritime est créé dès lors et le ministère de l'Intérieur, sûr d'un personnel sélectionné, consent à diminuer les formalités sanitaires à l'arrivée, d'où notable avantage accordé au commerce français.

Par conséquent — et comme le dit M. Lop — autrefois un grand nombre de nos confrères navigants n'appartenaient pas à l'élite intellectuelle de notre profession. Mais il n'en est plus de même... la situation s'est très améliorée.

Cette amélioration est donc imputable au seul décret du 4 janvier 1896, et si l'on supprime ce décret, nous retournerons à l'état ancien..., chose que semble désirer vivement M. Lop. Pourquoi ? La raison en est bien simple.

2° *En élevant le niveau intellectuel et moral du corps des médecins navigants du commerce, on a fatalement élevé ses prétentions au point de vue pécuniaire.*

A l'époque à laquelle M. Lop — médecin-chef d'une compagnie de navigation — voudrait retourner, il y avait, comme aujourd'hui, environ 250 postes de médecins du commerce : la *moitié* de ces postes étaient occupés par des étudiants en cours ou en rupture d'études ; la rémunération accordée alors était de 225 francs par mois en moyenne : de telle sorte que, avant 1896, le bilan des docteurs en médecine navigant au commerce pouvait se formuler ainsi : 125 × 250 × 12 = 337.500 francs par an.

Maintenant tous sont docteurs en médecine, la moyenne des soldes est de 325 francs par mois, et le bilan actuel se traduit par 250 × 325 × 12 = 812.500 fr. par an.

Les docteurs en médecine ont donc, depuis 1896, gagné chaque année une somme superieure à l'ancienne de 473.000 francs environ.

Et c'est aujourd'hui un de nos confrères qui, au nom de la corporation, nous reproche d'avoir amélioré légalement notre situation.

Veuillez agréer, etc.

Dr Borel,

Médecin sanitaire maritime,
Président honoraire de la Société de médecine sanitaire maritime.

***

La discussion élevée entre MM. Borel et Lop intéresse le corps médical ; il s'agit de savoir s'il est besoin d'un certificat, d'une nouvelle estampille gouvernementale, pour relever les conditions matérielles et morales du médecin sanitaire maritime.

L'Union des Syndicats médicaux de France dans sa séance du 20 novembre 1905, s'est préoccupée de cette question des médecins navigants, et a décidé de nommer une Commission qui entendrait MM. Lop et Borel.

Ont été élus membres de cette Commission MM. Gairal, Jeanne, Granjux et de Grissac.

Il est à souhaiter que nos excellents confrères trouvent une solution élégante qui préserverait les médecins de la marine du commerce d'un double écueil et les défendrait à la fois contre les griffes des Compagnies de navigation et contre les serres de l'Etat.

Tout médecin doit être un homme indépendant et libre, tout médecin doit être rétribué convenablement.

Médecin sanitaire moi-même, je ne vois nul inconvénient à ce qu'on supprime l'examen et le certificat de médecin sanitaire maritime ; mais il faut que les Syndicats médicaux obtiennent des Compagnies de navigation un traitement honorable pour les médecins embarqués.

P. Desfosses.

(Extrait de *La Presse Médicale*.)

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Interprétation de quelques points du Tarif ministériel accidents.

Nous voici en présence du dossier de questions que nous avions prévu quand le tarif ministériel des accidents du travail entra dans les *distinguo* de certificats sommaires, de certificats descriptifs, les uns à la déclaration, les autres en fin de traitement, ou inversement.

C'est avec la plus grande et la plus scrupuleuse bonne foi que nos confrères nous poussent des « colles » auxquelles nous ne parvenons à répondre que timidement, n'ayant jamais parfaitement compris ni admis nous-mêmes les données adoptées pour bases dans la création de ces catégories.

Il en est absolument de même lorsqu'il nous faut expliquer la différence découverte entre le « pansement aseptique simple » et le pansement antiseptique complet ». Nous voulions, nous médecins, dire tout bêtement : « Petit pansement, grand pansement » ou « pansement simple, pansement compliqué » : tout le monde eût sans doute mieux compris.

Mais il y eut des amateurs de cheveux fendus en quatre qui tinrent à envisager le siège de la lésion, les conditions d'asepsie ou d'antisepsie, (comme s'il était permis de s'en passer même pour les bobos), l'unité ou la multiplicité des pièces de pansement ou des manipulations à prévoir, etc., etc... Et alors, tout s'embrouilla si bien que nous en sommes à ne pas trop savoir ce qu'a voulu dire la majorité des collègues qui a prononcé sur tous ces points sans prévoir médicalement l'embarras du praticien appelé à traduire ces désignations.

Ainsi que nous l'avons écrit nous-mêmes en rendant compte à nos confrères du rôle que nous avions joué (voir *Concours médical*, 1905, n° 41), c'est le souci d'éviter les contestations qui inspirait cette recherche de la précision idéale. Mais

nos collègues, familiers des formules, des barêmes, des règles mathématiques furent aussi impuissants que nous à plier à ce régime la pratique de l'art chirurgical, même la plus simple. Et pourquoi ? Parce que nous sommes toujours en présence d'espèces différentes, et que, dès lors, toute la tarification ne peut pénétrer jusque dans les détails. Elle doit s'en tenir aux grandes lignes accessibles et laisser le reste à l'appréciation scrupuleuse du médecin.

Nous ne désespérons pas d'amener à cette opinion même ceux dont l'intérêt paraît *à priori* de s'y refuser systématiquement. Mais, en attendant, essayons encore une fois de répondre à ceux qui nous interrogent et de leur expliquer ce que la Commission paraît avoir désiré.

1° *Certificats.*

Cette nouveauté dite *certificat sommaire*, est née de ce que certains médecins ne fournissaient, pour accompagner la déclaration, que les deux ou trois indications banales demandées par la circulaire ministérielle de mars 1902 (Etat léger, sérieux ou grave du blessé. Suites probables (?) de l'accident. Epoque à laquelle il sera possible (?) d'en reconnaître les résultats définitifs). Les compagnies d'assurances avaient habitué nos confrères à mettre cela en quelques lignes sur des imprimés préparés. C'était *sommaire*, en effet, dans la plupart des cas que présentent les petits sinistres. Il n'y avait ni description détaillée de la lésion, ni aperçus ou réserves touchant les complications possibles, nulle distinction très précise au sujet des chances d'incapacité temporaire ou permanente. Si quelque chose de plus était demandé, c'était souvent ce que le médecin traitant ne devait pas dire à cause du secret professionnel, tempérament, habitudes, maladies antérieures, etc...

La majorité de la commission fut d'avis, contre nous, que cela pouvait encore suffire dans un certain nombre de petits sinistres qui apparaissent comme devant échapper presque sûrement (?) à toute complication, et n'entraîner aucune procédure. Au rôle de remplisseur des imprimés susdits, fut donc attachée cette rémunération de quarante sous que nous partageons, avec les manifestants parisiens, le plaisir de nous entendre encore reprocher, ne serait-ce que par les agents d'assurance.

Mais cette même majorité se retrouva de notre côté, et fut presque l'unanimité, pour admettre que ce genre de certificat était insuffisant toutes les fois que l'état du blessé est sérieux, que l organe atteint ne reviendra peut-être pas *ad integrum*, que des complications sont à redouter, que les lésions sont multiples, qu'elles portent sur des régions délicates, etc... Assureurs, patrons et victimes furent d'accord avec le Gouvernement, avec M. Mirman et avec les médecins : ils estimèrent que, dans tous ces cas, on devait prévoir la mise en jeu du reponsable d'une façon sérieuse, prévoir revendications et contestations, tout cela ayant à se baser sur un certificat très complet, très précis, qui fut baptisé du nom de *descriptif* et réadmis à la traditionnelle rémunération de cinq francs.

Alors, il fallut bien convenir qu'il appartiendrait au médecin *d'apprécier*, en s'inspirant des considérations ci-dessus, plus ou moins bien traduites par l'art. 9 du tarif, le choix à faire entre la forme de certificat *sommaire* ou celle du certificat *descriptif*. Et c'est ce que les praticiens sauront déterminer, dans chaque espèce, sans que nous puissions leur apporter d'autres indications plus précises.

C'est au même point de vue qu'ils auront à se placer en délivrant le certificat final.

La guérison est elle absolue, certaine, définitive, et n'a-t-elle laissé aucune répercussion localement, à distance, ou sur l'état général ? Usons du certificat sommaire.., avec l'espoir de ne pas avoir été d'un optimisme imprudent.

Reste-t-il, au contraire, quelque point noir? Une réserve quelconque s'impose-t elle à cause d'atrophie, d'ankylose, de névrite, de troubles généraux fonctionnels ou nerveux, que sais-je ? Nous sommes dans la nécessité d'exposer la situation avec détails ; le certificat *descriptif* joue obligatoirement.

Il paraît logique qu'avant de reprendre à l'atelier un blessé consolidé (il ne faut pas dire guéri), le chef d'entreprise aurait le plus grand intérêt à posséder un certificat descriptif (ou la copie de ce certificat) précisant quel est l'état médical de l'ouvrier. Car s'il survient un deuxième accident, il ne faut pas que le blessé puisse attribuer à ce nouvel accident une conséquence qui appartenait au premier accident. Il ne faut pas non plus que le patron puisse attribuer au premier accident une lésion qui est le résultat du deuxième accident.

Au moment de la reprise du travail, il faut agir comme on le fait quand on prend un appartement. On fait dresser un état descriptif des lieux, pour pouvoir établir, au moment de la cessation du bail, quels étaient les dégâts existants au moment où on en a pris possession.

Il faut donc aussi dresser un état de lieu des dégâts du premier accident au moment où, en faisant un nouveau contrat de travail, le patron et l'ouvrier sont exposés à supporter les dégâts d'un nouvel accident possible.

2° *Les pansements.*

Sur ce point, c'est en partant des cas cités par nos questionneurs eux-mêmes qu'il devient possible d'esquisser une réponse présentable.

Rapprochons en effet toutes ces petites « colles » dont nous parlions tout à l'heure. Nous constatons aussitôt que tel pansement a été présenté comme simple par le correspondant et tel autre comme compliqué. Quelques-uns aussi trouvent une différence dans l'étendue de la lésion ou de l'organe atteint.

Ils sont, en somme dans les vues de la Commission et nous croyons bien, en l'affirmant, ne pas risquer d'être contredit par nos collègues. Ils font *l'appréciation* qu'on leur a demandée sans pouvoir en fixer inattaquablement les bases, appréciation qui sera toujours question d'espèce, mais dont le principe paraît juste comme celui des explications fournies par la note d'honoraires spéciale. Sous la rubrique « pansement aseptique » prévue par l'article 3 du tarif, paragraphe 2, ils placeront tout ce qu'ils appellent « petit pansement » ou « pansement simple » ; les autres seront rangés au chiffre 7, catégorie B de l'article 10.

Et toutes les consciences pourraient, à notre avis, être ainsi en paix.

3° Séances de massage et d'électricité.

Ici encore les questions ont été multiples. L'honoraire varie-t-il avec le nombre des séances, ou suivant leur durée ; ou d'après l'instrumentation utilisée? Pourquoi distinguer seulement entre lésions du pied et de la main d une part, et, d'autre part, toutes autres lésions ? d'une épaule, d'un genou, etc.? etc., etc...

On comprend combien il est délicat pour nous de fournir, en dehors de nos collègues, des interprétations qu ils pourraient ne pas accepter. Toutefois, nous croyons être assez sûrs de nos souvenirs dans ces discussions, et aussi de l'opinion faite sur notre bonne foi, pour répondre à ceux qui nous interrogent par un scrupule louable :

« Rien ne fut fixé quant à la durée des séances, car elle est éminemment variable ; rien non plus concernant l'instrumentation pour la même raison; rien enfin concernant le nombre, si ce n'est qu'il y aurait à le mentionner et à l'expliquer sur la note d'honoraires. C'est parce que nous étions toujours un peu obsédés par la fréquence habituelle de tels ou tels accidents du travail, que nous envisageâmes spécialement les lésions des extrémités en les opposant aux autres. Il apparut alors qu'elles offraient le type le plus localisé et le plus simple du massage et de l'électrisation, celui qui entraînait l'honoraire le plus réduit, et que l'on pouvait légitimement diminuer par rapport à tous les autres maintenus au prix plus élevé.

Que résulte-t-il en somme, de ces quelques explications? Ceci. tout simplement.

Malgré les précisions recherchées, l'*appréciation* reste au médecin consciencieux presque dans chaque cas. Cette appréciation, tout le monde la veut dans le but d'éviter des contestations, et c'est parce qu'on la veut que chacun de nous est obligé de la fournir dans la rédaction si complète de la note spéciale des honoraires.

Ajoutons, en terminant, que c'est parce que cette appréciation s'impose à chaque cas qu'il nous est impossible de répondre d'une façon plus précise à toutes questions d'espèce qu'on nous aura posées et que seul peut résoudre le témoin oculaire, c'est-à dire le médecin traitant lui-même.

H. J.

CORRESPONDANCE

Les accidentés du travail victimes de l'insuffisance de nos honoraires.

Mon cher confrère,

Je crois devoir vous donner communication d'une lettre que je viens d'envoyer à un patron qui m'avait prié de visiter un de ses ouvriers blessés:

Monsieur G.,

J'ai l'honneur de vous confirmer notre conversation du 7 février 1906, dans laquelle je vous informais qu'à mon grand regret je ne saurais continuer à donner mes soins à ceux de vos ouvriers habitant Quillebeuf et victimes d'un accident du travail.

La loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, en est cause.

A titre documentaire je vous indique ci-dessous les frais qu'entraîne pour moi et le temps que nécessite une visite faite à Quillebeuf ; d'autre part, les honoraires qu'en cas de contestation avec la compagnie d'assurance le juge de paix est en droit de m'appliquer.

1° Trajet de Lillebonne à Port-Jérome: 5 kilom. aller et 5 kilom. retour.

Frais de transport à 0 fr. 15 cent. du kilom. : 1 fr. 50.

Obligation d'arriver à heure fixe pour le bac, d'où perte de temps considérable.

Durée du trajet 1/4 aller et 1/4 retour.

Durée du passage du bac : 2 fois 10 minutes.

Débours au passage du bac : 0 fr. 40.

Nécessité de se retrouver au débarcadère à Quillebeuf à l'heure exacte, sous peine de perdre une heure, soit pour résumer:

Temps employé: 1 h. 1/2 au minimum.

Dépense effective faite : 1 fr. 90.

2° Aux termes des lois sus-énoncées j'ai droit au prix d'une visite (les 10 kilomètres parcourus de Lillebonne à Port-Jérome aller et retour, ne donnant droit à aucune indemnité): 2 francs.

Le remboursement des frais de passage du bac : 0,40.

Total : 2 fr. 40.

Je vous laisse le soin de conclure.

Je ne saurais, en effet, oublier que le premier de mes devoirs consiste à assurer le présent et l'avenir des miens par l'exercice normal de ma profession et les honoraires légitimes qui y sont attachés.

Je me considèrerais comme coupable envers les miens de gérer dans ces conditions, l'affaire d'un chef d'industrie ou d'une compagnie d'assurances au détriment de la gestion de mon affaire personnelle.

Il est bien entendu que la visite faite le 7 février n'entraînera aucune difficulté entre nous.

Je ne me suis rendu à votre appel qu'en raison des bonnes relations que nous avons toujours eues ensemble et pour vous informer d'un etat de choses nouveau.

Agréez, etc...

Si vous croyez, devoir insérer cette lettre dans le *Concours*, veuillez en envoyer un exemplaire à chacun des médecins de Pont-Audemer qui, conjointement avec les médecins de Lillebonne, assurent le service médical de Quillebeuf. La distance entre Pont-Audemer et Quillebeuf est de 15 kilomètres.

Agréez, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Ott,

à Lillebonne (S.-Inf.).

CHRONIQUE DU « SOU MÉDICAL »

Quand peut-on dire : le médecin choisi par le blessé ?

Réponse à M. le Dr T...., membre du « Sou ».

Il n'est pas douteux que le tarif établi en vertu du deuxième § de la loi de 1898 modifiée par celle de 1905 n'est applicable que quand le médecin qui a donné les soins au blessé est celui de ce dernier. Quand il a été mis en œuvre, soit par le patron, soit par une compagnie d'assurances, il n'y a plus lieu qu'à appliquer les conventions qui ont pu intervenir par avance sur cette question de rémunération ou à fixer les honoraires d'après le tarif qui, suivant les usages locaux, est applicable aux ouvriers.

La question de savoir si le médecin est celui de

l'ouvrier ou celui du patron est une question de fait qui pourra être solutionnée diversement suivant les circonstances et la tournure d'esprit du juge.

Lorsque l'accident aura eu lieu loin de l'usine ou du chantier et que les camarades de l'ouvrier ou des tiers auront fait appel au médecin le plus proche, alors que l'ouvrier blessé se sera trouvé hors d'état de choisir un médecin, les tiers, soit des passants, soit des camarades de l'ouvrier, devront être considérés comme *ayant géré l'affaire du patron*, et le médecin ainsi appelé pourra refuser de se laisser appliquer le tarif forfaitaire de la loi de 1898-1905.

Cette règle a déjà reçu son application dans la jurisprudence (Tribunal de paix du 6e canton de Marseille, 7 novembre 1900 : *Conc. méd.*, 26 janvier 1901, p. 43 ; Tribunal de paix de Bourgneuf, 24 février 1900 : *Conc. méd.*, 19 mai 1901, p. 238.)

Ce dernier jugement contient cet attendu qu'on retrouve dans le jugement du tribuual de paix de Reims : que l'esprit de la loi interprétée par la circulaire ministérielle du 18 juin 1899 démontre que l'ouvrier blessé ne peut contracter avec le médecin d'obligation personnelle que s'il refuse d'accepter celui proposé par le chef d'entreprise.

Je suis d'avis que c'est aller un peu loin, et que si un ouvrier se fait soigner par son médecin, sans que le patron ou la compagnie d'assurances en ait proposé un autre — et dans ce cas l'ouvrier n'aura pas eu à refuser le médecin du patron, — le médecin n'en doit pas moins être considéré comme choisi par l'ouvrier et obligé de subir en cas de contestation légitime pour abus invoqué le tarif de l'article 4.

S'il en était autrement, ce serait mettre les patrons dans la nécessité de toujours envoyer un médecin de compagnie d'assurances à leurs blessés, et par suite multiplier les occasions de porter atteinte au libre choix de l'ouvrier.

Il ne me paraît pas suffisant non plus, pour que le médecin devienne l'homme du chef d'entreprise, qu'il se soit mis en rapport avec le patron et que celui-ci ait acquiescé au choix de l'ouvrier ou approuvé le traitement. Pour intervertir les rôles, il faudrait ou un engagement formel du patron de rémunérer le médecin comme s'il n'était pas choisi par l'ouvrier ou un engagement tacite résultant des circonstances, duquel il soit possible d'induire une obligation personnelle du patron envers le médecin suivant un mode de rémunération autre que celui réglé par l'article 4.

Je puis citer plusieurs jugements de justice de paix qui ont tiré des circonstances par eux analysées — plus ou moins justement — la preuve que le médecin n'était pas dans le cas de se voir opposer par le patron. en cas d'abus, le tarif de l'article 4 ; (Tribunal de paix de Chalon-sur-Saône : *Conc. méd.* du 7 juillet 1901, p. 1901 p. 555, n° 30 ; Tribunal de paix de Saumur, 3 juillet 1901: *Conc. méd.* 26 avril 1902, n° 17 ; Tribunal de paix de Lillebonne, 22 avril 1901 : *Conc. méd.* 29 juin 1901 ; Tribunal de paix de Marennes 16 mai 1902 : *Conc. méd.* 23 août 19 2 ; Tribunal de paix du canton de Peyrolles 30 juillet 1905 : *Conc. méd.* du 27 septembre 1902.)

Toutes ces décisions, sauf la première, ont été rendues dans des cas où des médecins d'hôpitaux ont réclamé et obtenu des honoraires, et les juges de paix se sont basés sur ce qu'il résultait des circonstances que le blessé, conduit à l'hôpital, n'avait pas fait choix de son médecin et que, par suite, il devait être réputé avoir été soigné par le médecin du chef d'entreprise.

Dans l'espèce du jugement du tribunal de paix de Reims du 15 juin 1905, il y a eu de la part du juge une appréciation de circonstances. Le médecin de l'entreprise avait jugé une opération chirurgicale nécessaire, sans désigner de chirurgien et c'est le blessé qui en indiqua un au médecin traitant. Le chirurgien opéra sans opposition du patron. Quand il voulut se faire payer ses honoraires au tarif ordinaire, le chef d'entreprise lui opposa le tarif de l'article 4. Le juge de paix a apprécié d'une façon très équitable qu'en la circonstance, bien qu'ayant été indiqué par l'ouvrier, le chirurgien avait été, en réalité, mis en œuvre par le patron, représenté par son médecin traitant.

C'est là une décision d'espèce et je ne vois pas qu'on puisse en tirer une règle pour déterminer dans quels cas le médecin sera réputé avoir été choisi par le blessé.

Dans chaque cas particulier, il y aura lieu d'apprécier les circonstanees.

En tous cas, il ne serait pas juste et conforme à l'esprit de la loi d'admettre comme règle que le médecin deviendra l'homme du chef d'entreprise toutes les fois que celui-ci n'aura pas mis son ouvrier à même de refuser le médecin qu'il lui envoie, ou lorsqu'il aura, sans opposition, laissé l'ouvrier recevoir les soins d'un médecin non affilié à son entreprise ou à une compagnie d'assurance.

L'intérêt du corps médical et des ouvriers, d'accord avec la volonté du législateur, est que le patron n'intervienne que le moins possible dans le choix du médecin par l'ouvrier et que celui-ci ait la libre disposition de sa personne et de sa confiance.

Votre bien dévoué,

Signé : Georges GATINEAU,

Avocat à la Cour d'appel.
Conseil du " Sou Médical ".

8 février 1906.

REPORTAGE MÉDICAL

Croisière des Médecins Français organisée à l'occasion du XVe Congrès International de médecine. (*Lisbonne* 19-26 avril 1906.) — Le grand nombre de Médecins déjà inscrits au Congrès International de Médecine va augmenter les difficultés de trouver à Lisbonne des logements suffisants pour abriter les Congressistes ; aussi des croisières ont-elles été préparées, depuis plusieurs semaines, par les Etrangers.

C'est ainsi que, sur les rives du Tage, les pavillons anglais, allemand, américain, seront représentés par nombre de navires.

En présence de ce mouvement on a pensé qu'il serait bon de voir également flotter, là-bas, les couleurs de la France.

Un navire a été retenu, *l'Etoile*, probablement, dont le nom est de bon augure. Ce bateau de plaisance, aménagé avec tout le confort moderne, partira de Marseille le 8 avril, touchera aux rives fleuries de Majorque, fera escale à Malaga. Là, un train spécial, après avoir traversé les gorges merveilleuses d'El Choro, amènera la caravane à Grenade, la capitale splendide des Rois Maures, où l'on retrouve à chaque pas les vestiges d'une civi-

lisation presque disparue, ensuite, escale à Tanger; visite de la ville sur laquelle le monde a aujourd'hui les yeux fixés. Le groupe se dirigera alors sur Cadix, et remontera le Guadalquivir, arrivera à Séville pour assister aux fêtes si originales du Samedi-Saint et du jour de Pâques. A Séville, le bateau servira d'hôtel : repas et séjour à bord, sans aucun dérangement. Après, viendra Cordoue, où l'on ira par train spécial (mosquée, l'une des plus belles et des plus anciennes du monde). Enfin nouveau séjour à Séville pour la visite des monuments; l'Alcazar et ses jardins, la Cathédrale et la Tour de la Giral, etc. Et arrivée à Lisbonne.

Durant le Congrès, repas et séjour à bord, promenades dans les environs, probablement excursion à Porto par le bateau. Après les fêtes du Congrès, retour à Marseille par Algésiras, le détroit de Gibraltar et les côtes d'Espagne.

Prix du voyage de Marseille à Marseille, *tout compris* (transport, nourriture, excursions en trains spéciaux, visites, entrées, promenades en groupes, pourboires) : 850 francs. Durée du voyage : 23 jours. Retour à Marseille le 30 avril dans l'après-midi. La Compagnie P. L. M. accordera des permis de demi-tarif pour Marseille et retour.

Il a paru nécessaire, pour la bonne réussite du projet en cours, que son organisation demeurât impersonnelle. Il était indispensable cependant de créer un centre de renseignements, j'ai été choisi comme « Boîte aux lettres ». C'est donc au docteur Helme, 10, rue de Saint-Pétersbourg, Paris, que les adhésions ou demandes de renseignements devront être adressées.

Pour que la croisière ait lieu, il faut au moins cent adhésions. Sont admis les Médecins, Etudiants et leur famille, voir même des amis présentés par un membre du corps médical.

M. Heuzé, qui s'occupe depuis près de huit ans de l'organisation matérielle des V. E. M., dirigera la caravane. C'est dire que tous les excursionnistes sont assurés de tout le confort et de tous les soins possibles.

N. B. — Les places à bord seront attribuées dans l'ordre d'inscription. Chaque cabine ne comportera que deux occupants, trois ou quatre si on le désire, mais dans ce cas on devra en faire la demande et indiquer ses compagnons de route.

Adresser les adhésions et souscriptions au Dr Helme, 10, rue de Saint-Pétersbourg, Paris, 15 mars, terme de rigueur.

Faculté et hôpitaux.

Cours pratiques par d'Anciens Internes. — Une 1re série de cours conçus dans un esprit absolument pratique, et s'adressant surtout aux Etudiants à la fin de leurs études aura lieu *du 5 mars au 28 mars 1906*. Chaque cours comprendra 10 leçons qui se suivront à deux jours d'intervalle ; pour chacun le prix d'inscription est de 20 francs.

Cette série comprendra les cours suivants (à heures différentes) :

Lundi, mercredi, vendredi : maladies de la peau : M. Lenglet. — hydrologie : M. Esmonet. — gynecologie pratique : M. Bender. — maladies nerveuses : M. Armand Delille. — voies urinaires : M. Minet. — chirurgie journalière : M. Huguier. — orthopédie : M. Tridon.

Mardi, jeudi, samedi : larynx, nez, oreilles : M. Bourgeois. — maladies des yeux, M. Terrien. — maladies appareil respiratoire : M. Oppenheim. — maladies estomac et foie : M. Lippmann. — maladie des enfants : M. Ball. — électrothérapie, radiothérapie : M. Delherm. — obstétrique : M. Jeannin.

Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser *15, rue Malebranche*, les lundi, mercredi, vendredi de 2 à 4 h. ou par correspondance (au Dr Minet.)

— M. Marcel Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, commencera, le mercredi 29 avril, avec le concours de ses assistants, MM. Léon Bellin et Paul Laurens, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologique et le continuera tous les jours, sauf le dimanche.

Ce cours sera complet en 30 leçons. Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments.

Le nombre des places étant limité on est prié de s'inscrire d'avance auprès de M. Bellin, assistant du service, à l'hôpital Saint-Antoine, 184, rue du faubourg Saint-Antoine.

— Une série de conférences théoriques et pratiques de clinique médicale et chirurgicale infantile aura lieu en deux cours : du 1er au 31 mars 1905, à l'hôpital des Enfants-Malades sous la direction de M. H. Méry, professeur agrégé, chargé de cours. Chaque cours comprendra 25 conférences.

Les conférences seront faites par MM. Méry, professeur agrégé ; J. Hallé et Guillemot, anciens chefs de clinique médicale infantile ; Grisel, ancien chef de clinique chirurgicale infantile ; E. Terrien et P. Armand Delille, chefs de clinique médicale infantile ; Tridon, chef de clinique chirurgicale infantile ; avec le concours de MM. Ed. Rist, médecin des hôpitaux, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau ; B. Weil-Hallé, chef de laboratoire du service de la diphtérie ; Félix Terrien, ophtalmologiste des hôpitaux ; Cuvilier pour l'oto-laryngologie, et Larat pour l'électrothérapie.

Les conférences auront lieu tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, le matin à 9 h. et 10 h. 1/2, le soir à 5 h.

La première conférence aura lieu le jeudi 1er mars à 10 h. 1/2, du matin, à la salle des cours de la clinique.

Il sera organisé de plus des excursions dans divers hôpitaux d'enfants, dispensaires et pouponnières. Excursions facultatives avec billets à tarif réduit à Berck-sur-Mer.

Le droit à verser est de 50 francs pour chaque cours.

Un programme détaillé avec dates et heures des différentes conférences, sera remis à chaque auditeur inscrit au début du cours. S'adresser à M. Armand-Delille, chef de clinique adjoint, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, r. de Sèvres.

— Les exercices pratiques réglementaires de médecine opératoire auront lieu : 1° à l'Ecole pratique de la Faculté sous la direction de M. Segard, professeur de médecine opératoire et de M. J.-L. Faure, sous-directeur des travaux pratiques ; 2° à l'amphithéâtre des hôpitaux 17, rue du Fer-à-Moulin, sous la direction de M. Sébileau, agrégé.

Ces exercices pratiques commenceront à l'Ecole pratique le lundi 5 mars 1906, à 1 h. ; à l'amphithéâtre des hôpitaux, le vendredi 2 mars, à 1 h. Ils se continueront les jours suivants à la même heure.

Ces travaux pratiques sont obligatoires pour les élèves docteurs de 3e année en vue de la 12e inscription de doctorat. Les élèves en cours régulier d'études pourvus au moins de 10 inscriptions pourront être autorisés à suivre ces travaux pratiques.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté n° 2, du 1er au 28 février, de midi à 3 h., les mardis, jeudis et samedis.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année | N° 8 | 25 FÉVRIER 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les hôpitaux publics et les hôpitaux privés devant la loi-accidents.

Mon cher Docteur,

Les dispositions du § 4 de la loi de 1898-1905 sur les accidents du travail ne visent évidemment que les frais d'hospitalisation des blessés dans les hôpitaux publics. Elles ont eu pour but de faire cesser la controverse existant antérieurement relativement aux frais de nourriture et d'entretien, distincts des frais de maladie, et qui, d'après les termes stricts de l'ancien article 4, devaient rester à la charge de l'ouvrier auquel l'indemnité de demi-salaire était allouée pour faire face à cette catégorie de dépense. En même temps, le Parlement a édicté une limite maximum pour la fixation du prix de journée, comprenant les frais médicaux et pharmaceutiques, par les administrations hospitalières.

Il s'ensuit que ces dispositions ne peuvent concerner les Maisons de santé privées, même si elles portent le titre d'hôpital, comme par exemple, à Paris, l'Hôpital International.

Ces établissements doivent, soit dans leur Règlement intérieur, soit dans les quittances qu'ils délivrent, distinguer les dépenses d'hospitalisation proprement dites, des frais médicaux et pharmaceutiques. Les premières, en effet, restent à la charge du blessé, qui touche, pour y faire face, son indemnité de demi-salaire, tandis qu'il a le droit de réclamer au chef d'entreprise le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, dans les limites fixées par le tarif établi conformément au 2e § de l'art. 4. De même, le médecin qui a donné les soins, a action contre le chef d'entreprise pour le paiement de ses honoraires, dans les mêmes limites.

Lorsqu'une maison de santé privée donne des reçus pour le dépôt d'une provision d'avance devant couvrir le prix d'un certain nombre de jours d'hospitalisation, il y a lieu, pour elle, de faire, dans ses imprimés, une réserve pour les frais médicaux et pharmaceutiques. Car si, ainsi que cela s'est produit, l'ouvrier, présentant cette quittance causée « pour frais d'hospitalisation », en obtient le remboursement du chef d'entreprise ou de la Compagnie d'assurances, ceux-ci pourront soutenir, lorsqu'une demande en paiement d'honoraires médicaux leur sera intentée, qu'ils ont cru se libérer de tous frais médicaux, en remboursant le montant d'une quittance ainsi libellée, sans indication de réserves pour les frais du traitement médical ou chirurgical. Cet argument, bien que critiquable, est susceptible d'être accueilli par certains juges. Il est donc nécessaire de prendre ses précautions, sous la forme la plus claire possible.

Votre bien dévoué.

Georges Gatineau,
Avocat à la Cour,
Conseil du « Sou médical »,

LA SEMAINE MÉDICALE

Le sérum marin contre la migraine, la neurasthénie, la dysménorrhée, la constipation.

MM. Robert-Simon et Quinton ont continué leurs recherches sur le sérum marin, et les ont communiquées à la Société de Thérapeutique. Voici les résultats qu'ils ont obtenus :

1° *Dans la constipation.* — Amélioration prononcée et souvent, disparition complète de la constipation, après 6 ou 8 injections de 100 à 200 cc., pratiquées tous les trois jours (action déjà signalée par Marie et Pelletier) ; diminution ou disparition des produits membraneux ou glaireux dans les déjections ; disparition des douleurs accompagnant les selles, diminution de fréquence des selles ; amélioration de l'état hémorroïdaire ;

2° *Dans les troubles menstruels.* — Diminution et souvent disparition des douleurs intenses de la dysménorrhée et de la migraine menstruelle, dès les premières règles qui suivent le début du traitement ; arrêt presqu'immédiat et durable des métrorragies ; régulations, en durée et en quantité, d'époques trop rapprochées ou trop abondantes dans la ménorragie des jeunes filles avec ou sans chloro-anémie ; atténuation fréquente, et, dans quelques cas, disparition de la leucorrée ; dans certains cas, au contraire, action très lente sur ce trouble.

3° *Dans la migraine.* — Disparition parfois immédiate de la migraine invétérée, persistance de l'amélioration, après cessation du traitement, ayant duré cinq semaines environ (100 à 200 cc. tous les trois jours).

4° *Dans la neurasthénie.* — Retour du sommeil, de l'appétit, des forces ; amélioration des fonctions digestives ; recoloration des téguments et tonification des chairs; disparition de la céphalée, des idées noires ; augmentation de l'activité physique et cérébrale ; sensations très particulières d'euphorie et de gaîté.

Nous ne faisons que signaler aujourd'hui, et pour prendre date, l'action du traitement hypodermique marin sur ces quatre états, qui feront ultérieurement l'objet d'une étude plus complète; néanmoins, il y a lieu d'indiquer ici qu'à côté de la constipation, de l'entérite et de la neurasthénie, isolées ou associées, et propres aux deux sexes, il existe, chez la femme, un véritable syndrome : constipation, migraine, dysménorrée, accompagnées parfois de signes de petit brightisme, sorte de *névrose entéro-utérine*, pour laquelle on pourrait proposer l'appellation de « *gynalgie* », indiquant par là que ce syndrome résume, avec des variates et des degrés, une partie de la pathologie de la femme. (*Bulletin médical.*)

L'injection hypodermique marine paraît constituer le traitement spécifique de cet état.

Les courants de haute fréquence dans la cryesthésie.

M. le Dr Legendre a signalé dernièrement les heureux résultats que lui ont donnés les courants électriques de haute fréquence chez les sujets présentant de l'hypertension artérielle par suite d'artério-sclérose ou de néphrite interstitielle et qui ont des sensations intenses de froid.

Ce procédé de traitement de la cryesthésie, parfois si rebelle, des hypertendus, lui paraît devoir attirer l'attention.

Le salicylarsinate de mercure.

M. le Dr Louis Loquin, de Lyon, a consacré sa thèse à l'étude de ce produit complexe, dont nous avons déjà parlé il y a 18 mois dans le *Concours*, le salicylarsinate de mercure ou énésol.

Ce composé est un mélange mercuriel injectable, obtenu en traitant le salicylate basique de mercure en suspension dans l'alcool par l'acide méthylarsinique.

L'élimination de l'énésol se fait par les urines: elle commence 2 heures environ après l'injection et se continue pendant 36 à 48 heures. Cette élimination ne provoque aucune altération rénale; on peut donc, en examinant l'urine, avant, pendant et après le traitement, administrer des doses assez considérables d'énésol, le cas échéant.

Les injections seront faites intra-musculaires, de préférence aux lieux d'élection habituels (flancs).

Les doses par injection peuvent varier de 0 gr. 03 à 0 gr. 06. La dose courante est de 0 gr. 03.

Les injections seront faites en séries de 10, à raison d'une par jour, ou espacées, une piqûre de 0 gr. 06 tous les cinq jours.

Elles sont indolores et ne produisent aucune réaction inflammatoire. Elles sont dépourvues de toxicité et les quelques phénomènes de mercurialisation observés sont dus en partie à ce que les malades négligent les soins buccaux ordonnés en pareil cas.

Vu l'indolence des injections et leur non-toxicité, ce sel nous paraît devoir attirer l'attention en médecine infantile.

La répétition ou la fréquence des injections, ainsi que le dosage, doivent être guidés par la marche même des accidents syphilitiques.

L'action de l'énésol paraît élective pour l'élément nerveux.

Ses effets thérapeutiques doivent le faire classer dans la catégorie des bons sels mercuriels.

Sur un signe diagnostique pratique de la mort.

M. le Dr Ott, de Lillebonne, décrit un nouveau signe diagnostique pratique de la mort, qu'il a découvert à propos d'une autopsie médico-légale d'un cadavre trouvé dans une masure incendiée. Sur ce cadavre, le Dr Ott remarqua deux sortes de phlyctènes, les unes remplies de sérosité, les autres vides, ayant l'apparence de petites boursouflures épidermiques, ne contenant aucune trace de liquide. Les premières phlyctènes avaient été produites pendant la vie ; les secondes, après la mort du sujet. Voici la technique du procédé décrite par M. Ott, lui-même.

Ce procédé est facile à mettre en pratique partout, fût-ce en plein champ, ne nécessitant aucune instrumentation spéciale, si ce n'est une flam-

me de bougie ou de chandelle, fût-ce même une simple allumette tison.

La région sur laquelle l'épreuve se fait le plus facilement, ne nécessitant aucun déplacement du cadavre, aucun déshabillage, est la face antérieure de l'avant-bras, qu'il est toujours facile de mettre à nu. De plus, cette région est toujours dépourvue de poils.

L'avant-bras étant mis à nu, le bras est étendu horizontalement, la face antérieure tournée vers le sol et à une distance suffisante de ce dernier pour que la main de l'opérateur et la source de chaleur qu'elle porte, puissent manœuvrer librement entre le bras du sujet et le sol.

L'atmosphère environnante doit être immobilisée le plus possible par la recommandation aux assistants de ne faire aucun mouvement susceptible d'amener un déplacement d'air. En cas de grand vent, un manteau tendu contre le vent formera un écran suffisant pour permettre la réalisation de l'expérience.

Tout étant disposé comme il est dit ci-dessus, on place la flamme de la bougie sous le bras du sujet, l'extrémité allongée de la flamme venant lécher légèrement la peau. A partir de ce moment, il devient indispensable de ne pas perdre de vue la place léchée par la flamme.

Au bout de quelques secondes, en effet, on voit se produire subitement une boursouflure de la peau qui éclate avec un certain bruit presque toujours perceptible par les assistants.

Cette boursouflure se produit si subitement qu'elle surprend toujours la première fois qu'on cherche à la produire. Aussi deux ou plusieurs épreuves sont-elles nécessaires pour en constater nettement la production.

Si on examine ensuite la place, on constate l'existence d'une aire circulaire, généralement des dimensions d'une pièce de 20 centimes, où l'épiderme s'est soulevé. Sur les bords de cette aire se remarquent les débris ratatinés de l'épiderme, mais aucun liquide n'existe, aucun exsudat quelconque ne s'est produit.

Tout le monde a présent à l'esprit ce qui serait arrivé au cours d'une épreuve analogue, pratiquée sur une personne vivante : on aboutirait soit à la production d'une phlyctène à contenu séreux, soit à la production d'une eschare, mais jamais on n'arriverait à produire une *phlyctène gazeuse.*

Si l'épreuve décrite ci-dessus donne naissance à une phlyctène gazeuse qui éclate, on peut, en toute tranquillité, affirmer la mort du sujet examiné, car la phlyctène gazeuse ne peut se produire que parce que toute circulation a disparu. Si ralentie qu'on puisse supposer la circulation dans un cas de mort apparente, il se serait produit au niveau de la phlyctène un exsudat séreux. Or : circulation = vie.

« Depuis de nombreuses années, je me sers de ce procédé chaque fois que je suis requis d'examiner le cadavre d'un homme trouvé sans vie sur la voie publique. Il m'a été donné une fois de le mettre en pratique dix minutes à peine après avoir vu de mes propres yeux le sujet en vie et déambulant à côté de son attelage.

« J'ai appris aux gendarmes de ma brigade à s'en servir, et ceux-ci ont pu, à différentes reprises, le mettre en pratique.

« En résumé, le phénomène cherché est la production d'une *phlyctène gazeuse.*

« Par la technique décrite plus haut, on voit que la recherche de ce signe est des plus simples, peut être faite en tous temps et en tous lieux, ne nécessite aucune instrumentation spéciale et donne une certitude absolue.

« La vulgarisation de ce signe me paraît devoir donner des résultats précieux et son application systématique rendra absolument impossible les inhumations précipitées. »

Traitement du coryza aigu par les inhalations d'aldéhyde formique.

Nous recommandons dans le traitement du coryza aigu, du vulgaire rhume de cervaeu — si commun, si pénible et quelquefois si sérieux par ses complications, les inhalations d'aldéhyde formique.

Voici comment s'applique cette médication. Vous prescrirez :

Aldéhyde formique (formol à 40 %). 5 gr. dans un flacon à large ouverture. Employer en inhalations.

Pour faire l'inhalation, le malade tient le flacon ouvert immédiatement au-dessous de l'une et l'autre narines, comme s'il s'agissait de sentir un parfum, et il respire doucement. Il se produit dans les fosses nasales, et généralement aussi au niveau du front, des joues et de la nuque (indices de la pénétration des vapeurs formiques dans les sinus frontaux, maxillaires et sphénoïdaux) un sentiment de cuisson, de picotement assez intense qui amène un léger larmoiement et un écoulement de mucus nasal. Lorsque cette sensation devient pénible, on cesse l'inhalation pour la recommencer quelques instants plus tard. Les inhalations sont ainsi renouvelées toutes les heures, toutes les deux, trois ou quatre heures, suivant l'importance du coryza.

Les avantages de cette médication sont les suivants :

a) Simplicité : il suffit de déboucher un flacon, de taille aussi minime que l'on veut, et de respirer son contenu comme un parfum. Avec 4 ou 5 gr. de formol, on peut soigner ses rhumes de cerveau pendant plusieurs années.

b) Innocuité : l'aldéhyde formique, employé dans ces conditions, n'a aucun inconvénient.

c) Activité : les vapeurs d'aldéhyde formique ont une valeur antiseptique de premier ordre et elles anéantissent les germes bactériens du coryza. Elles sont, de plus, très diffusibles. Tandis que les poudres et les pommades préconisées en pareil cas sont arrêtées à l'entrée des fosses nasales par les cornets tuméfiés, les vapeurs de formaldéhyde pénètrent dans tous les replis où l'air circule. Elles gagnent même les sinus frontaux, maxillaires et sphénoïdaux. Elles assurent, en un mot, d'une manière inoffensive, la désinfection des fosses nasales et constituent un des meilleurs moyens d'éviter les complications du coryza aigu. Elles ont, d'ailleurs, toutes les indications de l'antisepsie du nez et de ses cavités accessoires.

d) Efficacité : en fait, les inhalations d'aldéhyde formique procurent de très bons résultats cliniques. Nous connaissons des malades qui conservent précieusement leur petit flacon de formol et qui y ont recours à toute menace de coryza : depuis plusieurs années, nous ont-ils dit, ce traitement n'a jamais failli chez eux à ses promesses.

En résumé, les inhalations d'aldéhyde formique, pratiquées comme nous venons de l'indiquer, constituent une excellente médication des rhinites aiguës microbiennes en général et du rhume de cerveau en particulier. Dr Lacroix.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

PÉDIATRIE

Clinique d'accouchements Tarnier : M. le Pr Budin.

La puériculture, le sein, la succion, la déglutition du lait.

Il y a 7 ans environ, en janvier 1899, je commençai ici même une leçon par ces mots, que je vous demande la permission de redire : « Depuis un certain nombre d'années, la place prise par l'enfant dans les préoccupations de l'accoucheur est devenue de plus en plus grande. Jadis il importait avant tout de sauver les femmes. De nos jours, heureusement, grâce à l'antisepsie, la morbidité obstétricale a été considérablement réduite et la mortalité a presque disparu dans nos salles d'accouchement. Aussi, moins inquiets sur le sort des mères, les accoucheurs se sont-ils plus préoccupés de l'enfant. C'est pourquoi, nous avons l'intention de réserver une série de leçons à cet important sujet : la puériculture. »

Je prononçai ces paroles en 1899, mais déjà, en 1887 et 1888, alors que, comme agrégé, j'étais chargé de cours, j'avais eu l'occasion de faire un premier groupe de conférences sur l'allaitement, ses difficultés, les moyens de remédier à celles-ci, l'importance des pesées, etc.

Plus tard, à la Charité en 1892, à la Maternité en 1895, 1896, 1897, et depuis 1898, à la Clinique Tarnier, j'ai poursuivi cet enseignement qui a pris une grande place dans mes préoccupations. Chaque matin, vous le savez, nous examinons les courbes de poids des enfants et nous dirigeons les mères. Vous pouvez suivre, à tour de rôle, cette consultation : l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans, les premières semaines, les premiers mois de l'enfance, et ensuite cette période si difficile de la dentition et du sevrage passent successivement devant vous.

On peut dire, d'ailleurs, qu'actuellement l'enseignement en question est fait à Paris, avec soin, dans plusieurs hôpitaux, à la Charité, à Tenon, à Saint-Antoine, à la Maternité, à Lariboisière, dans les services d'enfants malades et dans certains dispensaires. De tous côtés, en province, à l'étranger, dans le monde entier, il commence à en être de même.

Le sujet, à la vérité, en vaut la peine. Le but ultime de la grossesse, de ces 9 longs mois pénibles, de ces heures si douloureuses et parfois si dangereuses de l'accouchement, c'est l'enfant : eh bien ! cet enfant, on ne doit pas le laisser mourir. Or, si l'on compare la mortalité des nouveau-nés à la mortalité humaine en général, on voit que c'est justement au moment de la naissance, dans les douze premiers mois de la vie, que l'être humain succombe en plus grand nombre : dans les villes particulièrement, la mortalité des nourrissons atteint des proportions considérables, fait d'autant plus à déplorer qu'en France le chiffre des naissances est peu élevé.

Depuis longtemps, les médecins étudient les moyens d'empêcher les enfants de mourir. Les philanthropes et les hommes politiques s'en sont occupés, à leur tour, pour atténuer et entraver la dépopulation.

Je vous rappellerai qu'en 1874, le Parlement a voté une loi de protection de la première enfance, la loi Roussel. Puis, à l'inspiration de M. Strauss, on a créé pour les femmes enceintes l'asile Ledru-Rollin et l'asile Michelet. Des secours ont été obtenus pour les mères pauvres, des ligues ont été fondées contre la mortalité infantile... Vous n'ignorez pas, du reste, quel grand mouvement entraîne nos contemporains vers les études sociales dans le but de diminuer la morbidité, de rendre la vie plus longue et moins douloureuse.

Dans ces conditions, le rôle du médecin devient de plus en plus grand : sa tâche est non seulement de guérir, mais aussi de prévenir. Il faut donc que vous connaissiez bien ces questions relatives aux nouveau-nés et, pour vous préparer à vos fonctions futures, je crois devoir continuer, cette année, à vous parler de puériculture.

Puériculture ! mot ancien resté longtemps dans les dictionnaires et dont l'importance est considérable. Je diviserai son exposé en trois parties. Dans la première, je m'occuperai de l'enfant au sein, de l'allaitement mixte quand la mère est insuffisante, de l'allaitement artificiel. J'attirerai votre attention sur les particularités de la dentition, du sevrage, et j'aurai à vous mettre au courant des institutions (consultations de nourrissons, gouttes de lait, pouponnières, etc.), qui luttent contre la mortalité infantile. Je consacrerai la seconde partie à la puériculture au moment de l'accouchement, et il me restera, dans une troisième partie, à vous enseigner la puériculture avant l'accouchement, c'est-à-dire les conditions de santé des parents favorables à la fécondation, les conditions pour que la grossesse arrive à terme, etc.

Cela dit, j'aborde l'étude de l'allaitement et je commencerai aujourd'hui par des notions anatomiques sur le sein et les premières voies digestives, avec les déductions pratiques qu'elles comportent.

*
* *

Vous connaissez tous la constitution de la mamelle et vous avez appris qu'elle est formée de glandes en grappes réunies en lobules, réunis eux-mêmes en lobes d'où sortent les canaux galactophores qui aboutissent au mamelon.

Dans la mamelle, la circulation est très active. Les artères et les veines sont nombreuses ; aussi, pouvez-vous voir sur les seins des bonnes nourrices une circulation veineuse très développée.

Lorsque, dans votre clientèle, vous serez appelés à choisir une nourrice, vous apprécierez déjà l'état de la glande mammaire par la circulation veineuse. Celle-ci vous montrera qu'il y a un organe fonctionnant d'une façon satisfaisante.

A côté des vaisseaux sanguins, se trouvent les lymphatiques. Les lymphatiques du sein, profonds d'abord, arrivent ensuite à la surface et se dirigent vers l'aisselle pour aboutir aux ganglions de cette région. Vous savez que, quand il existe des fissures, des gerçures, des plaies du mamelon, des matières septiques peuvent pénétrer par ces portes d'entrée et infecter les lymphatiques ;

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

AVIS

Un certain nombre de confrères écrivent : *Inscrivez-moi au* «Sou médical» On ne peut que leur envoyer la formule d'adhésion ; il n'est possible, en effet, de les inscrire que lorsqu'ils auront retourné au trésorier, Dr Gassot, à Chevilly (Loiret), ladite formule dûment remplie et accompagnée d'un mandat de 20 fr. montant de leur cotisation annuelle.

Le Conseil d'administration du « Sou médical » invite les adhérents à envoyer leur cotisation au Trésorier avant la fin de février. Il leur rappelle qu'à partir du 1er mars le trésorier doit faire recouvrer par la poste les cotisations qui, statutairement, sont alors majorées d'un franc pour frais de recouvrement.

Il n'est pas envoyé de reçu pour les cotisations, le talon délivré par la poste en tenant lieu.

AVIS

A cette même place, page VI, dans le dernier numéro (no 7) au lieu de *douches vaginales*, lire : *toucher vaginal*. Nos lecteurs auront déjà rectifié, d'eux-mêmes, cet ERRATUM

AVIS

Le Dr Lucien Graux, 95, avenue Kléber, Paris, membre de la Commission permanente des stations hydrominérales du ministère de l'Intérieur, et chargé par la Sous-Commission de l'hygiène de réunir tous les documents concernant l'hygiène des villes d'eaux et des stations climatiques, serait heureux de recevoir tous les documents concernant cette question (rapports, travaux, arrêtés municipaux).

Dr A., à G., à *Concours*. — Par l'intermédiaire du journal, je vous prierai de me dire si un médecin de villes d'eaux exerçant trois ou quatre mois d'hiver dans une autre localité doit avoir une seconde patente pour cette localité.

Réponse. — Vous serez imposé au droit proportionnel, pour tous les locaux où vous exercerez votre profession. La patente est établie pour l'année entière.

Dr F., *à* S. Z. *à* *Concours*.— Un de mes clients, propriétaire d'un bar restaurant, à la suite de mauvaises affaires, est parti sans payer personne. J'ai fourni ma note au notaire qui m'a répondu : « *les au-*

Suite page VI.

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

—

tres créanciers passent avant le docteur car le débiteur n'est pas mort et on ne peut donc invoquer la prérogative de dernière maladie ». On a vendu le matériel. Il n'y a pas eu de quoi payer le loyer restant dû au propriétaire de l'immeuble.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire quels étaient mes droits en la circonstance.

Mon débiteur n'était pas malade au moment où il est parti, sa note était le résultat de plusieurs visites faites à des dates plus ou moins éloignées de son départ.

Réponse. — Les frais de dernière maladie sont bel et bien privilégiés, quelle que soit la façon dont s'est terminée cette maladie mort ou déconfiture.

Vous devriez donc passer, dans la liquidation de votre client, *avant les autres créanciers*, voilà ce qu'il faut apprendre à Môssieu le notaire !

Ce sera, d'ailleurs, votre seul dédommagement, l'actif ne laissant pas même de quoi payer le propriétaire, après lequel vous venez.

Dr Ch. C.., à M.., à *Concours*.

Monsieur le rédacteur en chef,

Vous avez publié, dans votre dernier numéro, un article intitulé : « *Le médecin-major de nos campagnes* », où est développé un projet de fonctionnarisation des médecins. Ce projet, vous le condamnez bien sévèrement, il me semble, étant donné le ton de bienveillance à notre égard dont il est empreint. Certes, il est passible de nombreuses objections, mais à notre époque où toutes les manifestations de l'activité individuelle tendent invinciblement à être régies par une collectivité, c'est-à-dire à être fonctionnarisées, en attendant qu'elles soient socialisées, il vaut qu'on l'étudie et qu'on y réfléchisse. Vous y objectez justement que le choix du médecin est une nécessité. On pourrait peut-être concilier les deux termes. Les communications deviennent plus faciles et le jour viendra où la distance ne comptera guère. On pourrait donc constituer des groupements plus nombreux et y affecter plusieurs médecins. Le chiffre d'un médecin pour 5.000 habitants, donné par votre correspondant est manifestement insuffisant, car on abuse volontiers du médecin qu'on ne paye pas, mais on pourrait, par exemple, affecter cinq médecins à un groupement de 10.000 habitants. Ceux-ci auraient ainsi un choix très suffisant et pour le traitement moyen de 10.000 francs,

Suite page IX.

d'où une lymphangite, que l'on a souvent beaucoup de peine à éviter. Les gerçures, en question, se produisent surtout chez les femmes récemment accouchées et chez celles qui n'ont pas pris de soins pendant la grossesse. Les succions, souvent trop prolongées de l'enfant, déterminent une macération de l'épiderme, voire des petits hématomes du mamelon ; l'épiderme tombe, et il s'ensuit une gerçure. Si la petite plaie s'infecte, vous voyez apparaître des traînées rouges de lymphangite, avec de la fièvre, et quelquefois — plus rarement, lorsque les lymphatiques profonds sont touchés — de la tuméfaction du sein. Cette fragilité de l'épithélium du mamelon et ces lymphangites doivent être bien connues.

Je vous ai parlé également des canaux galactophores qui aboutissent au mamelon. Dans la région sous-aréolaire et sous le mamelon, ces canaux présentent des dilatations ou sinus lactifères. Le lait descend dans ces parties ectasiées et s'y accumule. Désirez-vous savoir si une femme a du lait, n'oubliez pas de tenir compte de cette disposition. Je vois parfois, dans ces circonstances, les élèves presser, tirer sur le mamelon de la nourrice : malgré leurs efforts, il ne sort pas une goutte de lait. Pour faire jaillir le lait, il faut appuyer non sur le mamelon mais sur le sein et sur la région sous-aréolaire (au niveau des sinus).

Autre considération. Les canaux galactophores aboutissent finalement, à l'extérieur, à l'extrémité du mamelon. Celui-ci est-il en contact avec du pus ou est-il enflammé, les canaux galactophores peuvent s'infecter et il s'ensuit une galactophorite. En pareil cas, l'inflammation gagne de suite la profondeur, les lobules de la glande, où se forme du pus. Ce pus est quelquefois, avalé par l'enfant dont il irrite les voies digestives. D'autres fois, il reste dans l'épaisseur de la glande, le canal galactophore étant trop étroit pour le laisser sortir, et il donne lieu à un abcès que l'on ouvre ou plutôt que l'on ouvrait jadis. On doit savoir reconnaître ce pus et l'évacuer par des moyens non sangiants. Lorsque des symptômes inflammatoires mammaires se montrent sans lymphangite et que vous trouvez des noyaux dans le sein, exercez sur ces noyaux des pressions convenables et vous arriverez à amener progressivement au dehors du pus véritable que vous ne confondrez pas avec du lait. Vous guérirez, de cette manière, les femmes par une simple expression.

*
* *

La mamelle fournit un lait qui va pénétrer dans le tube digestif de l'enfant.

Examinons d'abord comment se font la succion et la déglutition.

Pendant la succion, le bout du sein de la mère est mis dans la bouche de l'enfant. Les lèvres de ce dernier s'appuient autour du mamelon et ferment hermétiquement la cavité buccale. La langue se retire de haut en bas et un peu d'avant en arrière, ce qui a pour conséquence de faire le vide et d'amener le lait dans la bouche. Au moment de la succion, l'enfant peut respirer.

Le lait franchit ensuite le pharynx pour tomber dans l'œsophage. Pendant ce temps, d'une part, le voile du palais se relève, s'applique sur les corps vertébraux et clôt les fosses nasales, et d'autre part le larynx subit un mouvement d'ascension, au cours duquel l'épiglotte s'incline au-dessus de la glotte pour protéger les voies aériennes inférieures. La respiration, dès lors, n'est plus possible et le lait pourra sans danger passer de la cavité buccale dans l'œsophage.

De ces notions anatomo-physiologiques résultent quelques considérations pratiques qui ne sont pas sans importance.

Le nourrisson, vous ai-je dit, peut continuer à respirer pendant la succion. Lorsque l'enfant est au sein et que vous voulez l'en retirer, vous vous remémorerez utilement cette particularité. Comment obliger un enfant à quitter le sein ? Si vous prenez sa tête et que vous tiriez, il ne lâchera pas et vous ferez mal à la nourrice, sans résultat. Vous avez un moyen beaucoup plus simple. Pour vivre, il faut respirer. Or, le nourrisson qui tète a la bouche fermée et il ne lui reste que les fosses nasales comme passage de l'air. Si donc vous fermez ses narines, il est bien obligé d'ouvrir la bouche et de quitter le sein. En fait, cette petite manœuvre permet toujours instantanément, sans lutte et sans douleur, ni pour la mère ni pour l'enfant, de séparer un nourrisson du sein de sa nourrice.

Autre point intéressant. Désirez-vous savoir si l'enfant qui est au sein tette réellement ? Pour vous en assurer, vous avez deux procédés. Ecoutez, et vous entendez, par instants, un bruit de glou-glou. Le second procédé de contrôle est plus anatomique. Le larynx s'élevant à chaque mouvement de déglutition, il suffit de prendre entre les doigts la pomme d'Adam et d'apprécier si elle reste ou non immobile.

J'aurai à vous signaler encore d'autres petits faits utiles à connaître. L'enfant, pour bien téter, doit bien respirer et avoir les fosses nasales libres. Or, parfois, le sein vient appuyer sur les narines et les obstruer. Aussi, voyez-vous les nourrices presser avec un doigt sur la partie supérieure du sein, non pas pour faire sortir le lait (celui-ci arrive dans la bouche par succion), mais pour libérer l'entrée des narines. Il arrive que les nourrices oublient de le faire, soit qu'elles s'endorment le jour avec leur enfant au sein, soit qu'elles donnent le sein la nuit sans se lever : certains enfants meurent ainsi asphyxiés.

Le coryza trouble également l'alimentation des nouveau-nés. L'enfant atteint de coryza tette mal et avec grande difficulté. Jadis, sur les courbes de poids, nous observions des chutes et nous voyons qu'elles coïncidaient avec des coryzas. Aujourd'hui, connaissant l'importance de cette petite affection, nous prenons des mesures pour que l'enfant n'en souffre pas.

De même, la succion est défectueuse chez le nourrisson atteint de bec de-lièvre, de stomatite ; il est bon, alors, de surveiller les tétées.

Vous avez vu que le pharynx communiquait avec les voies aériennes, en haut et en bas. Lorsque l'enfant est couché sur le dos, s'il a des régurgitations, le lait peut s'échapper dans les fosses nasales et le larynx. On ne doit donc pas coucher les nouveau-nés sur le dos, mais sur le côté. Parrot a montré que quand du lait mêlé de suc gastrique pénétrait dans les poumons, il se faisait un certain degré de digestion du tissu pulmonaire.

Enfin, il est des nouveau-nés chétifs, chez lesquels les mouvements de succion et de déglutition sont impossibles. Les uns sont encore capables de déglutir, mais n'ont pas la vigueur nécessaire pour tirer le lait du sein. A ceux-là, il faut

remplir la bouche et donner du lait au verre ou à la cuiller. D'autres n'ont même pas assez de vitalité pour déglutir. Chez eux, le gavage est indispensable. On arrive aussi, quelquefois, à faire passer le lait dans l'œsophage en le versant simplement dans les fosses nasales, d'où il descend dans le pharynx.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'action clinique du chlorhydrate de cotarnine ou Stypticine dans les hémorrhagies de l'appareil utéro-annexiel de la femme (*Suite*).

II. *Hémorragies liées aux métrites et aux déviations utérines*

Dans un précédent article, nous avons étudié ici même(1), les hémorrhagies de la puberté, de la ménopause et la dysménorrhée. Nous avons cherché qu'elle action pouvait avoir sur elles la Stypticine, agent vaso-constricteur et analgésique. Ainsi, nous avons été amenés à conclure que, si l'action hémostatique de la Stypticine est au moins aussi nette que celle de l'hydrastis et de l'ergot, ce médicament leur est pratiquement supérieur, en raison de sa constance thérapeutique et de son action sédative.

Examinons aujourd'hui comment cette double influence se poursuit encore, lorsqu'il s'agit de traiter les hémorrhagies de la métrite et de certaines déviations utérines.

Le syndrome utérin de Pozzi enseigne que l'hémorrhagie est l'un des symptômes habituels aux affections métritiques. Apparaissant au moment ou en dehors de la période cataméniale, elle est parfois si tenace, si abondante, que le curettage et même l'hystérectomie peuvent être indiqués.

Presque toujours, cependant, avant ce moment critique, et pour essayer de l'éviter, le praticien s'adresse, non sans succès, d'ailleurs, aux agents médicaux vaso-constricteurs. Il est donc nécessaire de le renseigner à ce point de vue sur l'action clinique de la Stypticine.

Malgré le peu de fréquence des lésions utérines isolées, c'est-à-dire existant sans lésions annexielles, il nous a été possible de réunir 6 cas de métrite fongueuse simple, que nous avons aussitôt traités par la Stypticine. Ils vont maintenant servir de base à cette étude ; mais, pour abréger, exposons seulement les 3 observations suivantes :

Obs. I.— Chez une femme de 29 ans, ayant fait une fausse couche 5 mois auparavant, des hémorrhagies profuses s'étaient manifestées au bout de 20 jours environ. Un curettage, fait le 7 juillet 1905, avait amené une période d'accalmie d'un mois et demi ; puis, les règles devinrent à nouveau très abondantes, il survint des métrorrhagies, un peu de leucorrhée et des douleurs lombaires vives. Au début de septembre, nous avons vu cette malade, qui avait depuis la veille des hémorrhagies intermittentes. L'utérus était gros, le col entr'ouvert et sanguinolent, montrant une ulcération rouge vif. Les annexes étaient saines.

Il s'agissait d'une métrite hémorrhagique *post abortum*.

Contre ces hémorrhagies et ces douleurs, nous avons fait prendre tout d'abord 6 tablettes de Stypticine par jour, c'est-à-dire 30 centigr. de principe actif. Dès le surlendemain, les pertes sanguines diminuèrent nettement d'abondance et s'arrêtèrent complètement au bout de 5 jours. La Stypticine fut continuée à raison de 4 tablettes *pro die* les jours suivants, car la période menstruelle était proche (14 septembre). Les règles furent beaucoup moins abondantes et durèrent 7 jours, alors que, d'habitude, elles persistaient pendant 2 semaines environ. Les douleurs lombaires étaient calmées.

Les hémorrhagies, cependant, reparurent 11 jours plus tard et, de nouveau, 6 tablettes de Stypticine par 24 heures parvinrent à les arrêter. Etant donnée la gravité de ce cas, chez une femme obligée de travailler à des ménages et qui acceptait très bien la possibilité d'un second curettage, celui-ci fut tenté après la période menstruelle du mois d'octobre. Depuis lors, il survint encore quelques pertes sanguines, mais, cette fois, la Stypticine les arrêta définitivement.

Obs. 2.— Une femme de 25 ans, marié depuis 2 mois, présentait des hémorrhagies d'abondance variable depuis une semaine. C'était une congestive, elle avait eu souvent des règles profuses, mais jamais de métrorrhagie. Il existait aussi une très légère leucorrhée et des douleurs hypogastriques et lombaires plus violentes que d'habitude... Utérus un peu gros, sans ulcération. Cul-de-sac latéral gauche très légèrement sensible au toucher. Avec quelques réserves sur l'origine de cette métrite, nous avons donné des injections au permanganate et 5 tabletttes de Stypticine par 24 heures ; les hémorrhagies s'arrêtèrent complètement en trois jours de traitement et les douleurs disparurent. Le médicament fut encore continué pendant plusieurs jours, et recommandé à raison de 4 tablettes pour la semaine qui précéderait les règles à venir. Les menstrues furent presque normales et durèrent 5 jours. Par la suite, les métrorrhagies n'ont pas reparu car la malade continue l'usage de la Stypticine au moment de ses règles.

Pourquoi, malgré ces bons resultats momentanés, la Stypticine a-t-elle été insuffisante dans le premier cas, et au contraire nettement curative dans le second ? C'est qu'à notre avis, la première malade présentait un utérus trop profondément atteint, avec des dilatations vasculaires anciennes et très développées, une muqueuse friable, nettement fongueuse, très boursouflée avec ectropion, et aucun agent vaso-constricteur ne pouvait avoir assez de puissance pour remplacer ici la curette.

Dans le second cas, au contraire, il s'agissait d'une congestive. L'affection était récente, la muqueuse pas encore profondément altérée, et la vaso-constriction pouvait facilement éviter le retour des accidents hémorrhagiques. Et, même, si la malade se soumet pendant quelques mois encore, au moment de ses menstrues, à l'influence du médicament, elle parviendra certainement, par l'atténuation régulière de ses congestions cataméniales, à éviter l'installation de la métrite fongueuse.

(1) Voir le *Concours médical*, n° 4, 1906.

Obs. III. — Femme de 38 ans, atteinte de métrite hémorrhagique *post abortum*. Les pertes sanguines étaient si fréquentes qu'on ne pouvait plus reconnaître l'époque des règles. Etat anémique prononcé, douleurs névralgiques.

L'usage de la Stypticine, prise d'abord à la dose de 5 tablettes par jour, puis de trois tablettes les mois suivants et, cela, pendant 2 semaines par mois, séparées chaque fois par un repos de 8 jours, diminua nettement les hémorrhagies et régularisa les menstrues ; les névralgies sont devenues plus fugaces et l'état général s'est amélioré.

Dans plusieurs autres cas de métrite fongueuse précédemment traités par le curettage, et présentant encore parfois des hémorrhagies profuses, la Stypticine a effacé très nettement ce symptôme.

Si l'on observe maintenant l'action de ce remède sur les hémorrhagies des métrites banales accompagnées de forte leucorrhée et de douleurs, on a vite fait de remarquer l'action sédative et nettement hémostatique de la Stypticine. Citons 9 cas de métrite parenchymateuse avec pertes sanguines et 3 cas d'hémorrhagie succédant à des accouchements récents. Ici, l'action hémostatique est très rapide, et il faut faire encore entrer en ligne de compte l'action du médicament sur les fibres musculaires de l'utérus relâché.

Mais il importe, à notre avis, de faire une distinction clinique quand il s'agit de traiter les hémorrhagies utérines. Il faut, dans la métrite fongueuse, séparer les cas où l'on rencontre des altérations vasculaires anciennes et profondes pouvant donner, d'après Quénu (1), l'apparence d'un véritable tissu caverneux, et s'étendant même, suivant Pillet (2) et Pichevin (3), à toute l'épaisseur du muscle utérin, et, d'autre part, les cas de métrite hémorrhagique récente ayant pour substratum anatomique des néoformations de capillaires très superficiels, très voisins de la surface libre.

Nous pensons, en effet, que, dans la première catégorie, le traitement médical par n'importe quel vaso-constricteur n'est qu'un palliatif et qu'il faut recourir à l'intervention sanglante. Dans le second cas, au contraire, la Stypticine, mieux que l'hydrastis, aura une action décongestive très suffisante pour arrêter l'évolution des lésions vasculaires. Même après curettage, s'il survient encore quelques écoulements, on trouvera dans la Stypticine le vrai moyen de les arrêter.

Et c'est enfin contre les hémorrhagies symptomatiques de toute autre affection utérine que la Stypticine est le meilleur des vaso-constricteurs. Il semble même que ce médicament ait une action élective à ce point de vue, car, en dehors de ses propriétés calmantes pour la douleur, il paraît sans action sur la leucorrhée,

L'usage des ovules médicamenteux reste donc indiqué en pareil cas.

Mais, donnons toujours la Stypticine à doses prolongées et, autant que possible, avant le moment présumé des hémorrhagies.

Déviations utérines. — Nous ne parlerons pas ici de l'antéflexion, si fréquente chez la jeune fille, et caractérisée surtout par la dysménorrhée. Nous savons, en effet, que, dans ce cas, la Stypticine est très puissante. L'antéversion est peu fréquente ; mais il n'en est pas de même des rétrodéviations.

Les classiques enseignent que la rétroversion est généralement causée par la grossesse et les infections qui l'accompagnent. Les ligaments perdent leur tonicité, la métrite s'installe, et l'utérus, augmentant de poids, bascule. Les hémorrhagies qui accompagnent cette déviation se rattacheraient donc à la métrite et, dans ce cas, nous n'avons pas à y revenir.

Mais il existe, n'en déplaise aux classiques, des cas de rétroversion sans lésions métritiques réelles. Nous en avons quelques observations. Richelot (1) a montré que ces déviations se présentent en dehors de l infection et de la puerpéralité. Elles existent même chez les vierges. La faiblesse des ligaments et l'arthritisme sont seuls en jeu.

C'est dans trois cas de ces rétroversions *primitives* s'accompagnant de douleurs lancinantes et de ménorrhagie profuse, que 3 tablettes de Stypticine par jour, avant les règles, et 4 à 5 à ce moment, ont fait disparaître ces douleurs et ces pertes sanguines exagérées. Il nous a paru que la Stypticine, par la décongestion qu'elle exerce sur l'utérus, en facilite le redressement. Le résultat hémostatique est peut-être plus rapide que lorsqu'il s'agit de métrite ordinaire, ce que nous expliquons par ce fait que, dans la rétroversion *primitive*, les congestions sont purement mécaniques et ne sont pas entretenues par l'infection locale.

Une de ces malades présentait aussi des hémorroïdes, et cette affection a disparu en 5 à 6 jours grâce à la Stypticine.

Nous avons observé encore plusieurs cas de rétroflexion, mais elles étaient liées à des lésions annexielles ; aussi les renvoyons-nous au chapitre suivant.

En matière de conclusion, nous dirons que la Stypticine nous a paru exercer sur les hémorrhagies des métrites et des déviations utérines une action peut-être plus sûre et, surtout, plus constante que celle de l'hydrastis canadensis.

Mais il ne faut pas demander à un remède plus qu'il ne peut donner, et il est des cas, certaines métrites fongueuses, par exemple, où, malgré l'arrêt momentané des hémorrhagies, l'opération s'impose encore. Mais, quand il s'agira de métrites ordinaires ou de métrites hémorrhagiques récentes, ou encore d'utérus fongueux précédemment soumis au curettage et de déviations utérines, nous pouvons affirmer que le praticien trouvera dans la Stypticine un agent vaso-constricteur énergique et suffisamment analgésique. Il devra seulement ne pas perdre de vue que, pour donner son maximum d'effet, ce remède doit être prescrit pendant 8 à 10 jours de suite aux doses de 3 à 6 et 7 tablettes suivant les cas.

(A suivre.)

Dr M. Nigoul,

Médecin en chef
du Dispensaire de la Préfecture de la Seine.

(1) *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1893.
(2) *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1896, n° 36, p. 423.
(3) *Gaz. méd. de Paris*, 23 nov. 1905.

(1) *Chirurgie de l'utérus du vagin et de la vulve*, 1902, Doin, éditeur.

MÉDECINE PRATIQUE

Prophylaxie et thérapeutique des rhumes.

Un rhume ! Ce n'est rien et nous avons habitué nos clients à traiter ce rien par le mépris !

Eh bien, n'en déplaise à l'optimisme dont notre siècle est rempli, un rhume est souvent grave par ses conséquences, et grave à tous les âges de la vie, car il est en général le premier pas dans la tuberculose, dans l'emphysème, et dans le catarrhe bronchique.

On ne sait jamais ce qu'il peut y avoir derrière un rhume.

Il est certain que le médecin est rarement consulté pour ce léger et fréquent incident, et neuf fois sur dix, quand il est consulté, il n'a d'autre but que de rassurer son client qui ne demande que cela, et il se retire sans donner d'ordonnance.

Eh bien ! c'est là une grosse faute ; et c'est donner une prime à la négligence, laquelle négligence devient une habitude qui peut avoir des suites graves.

Il est cependant un moyen simple de traiter ce rhume, et en même temps de prévenir les suivants ; ce moyen c'est l'*Eau Bonne*.

Un quart de litre d'Eau-Bonne en deux fois, coupé avec trois cuillerées de lait bouillant pour un adulte, et répété pendant une semaine, le rhume sera radicalement guéri ; un demi-quart de litre pris de la même façon pour les enfants de huit à douze ans, et un seizième pour les enfants au-dessous de cet âge ; deux cuillerées pour les nourissons.

Voilà un remède bien simple et dont je garantis l'efficacité, vous pouvez essayer.

Plusieurs confrères exerçant à la campagne et obligés à de longues courses pendant la mauvaise saison, et qui étaient enrhumés depuis l'automne jusqu'à la fin du printemps, ont mis ce traitement en pratique pour eux-mêmes et ne s'enrhument plus. Quelques-uns mêmes prennent l'Eau-Bonne à titre purement préventif et s'en trouvent admirablement ; et en *font profiter* ceux de leur clients qui présentent une susceptibilité des bronches.

C'est là de la bonne prophylaxie, et une thérapeutique des plus faciles à suivre ; et suivant le vieux cliché : l'essayer, c'est l'adopter.

Dr Léon Leriche.

DÉONTOLOGIE HOSPITALIÈRE

Les devoirs des élèves dans les hopitaux.

Par M. le docteur A. Guinard,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Leçon d'ouverture.

Messieurs,

Je suis vraiment impressionné de vous voir si nombreux autour de moi et je vous remercie de tout mon cœur de votre accueil qui me touche profondément. Merci de me donner un instant, cette sensation, très douce, je vous assure, qu'un de nos grands écrivains appelle « le coup d'œil ».

Je ne peux m'empêcher, au début de cette leçon, de jeter un coup d'œil sur le chemin que j'ai parcouru avant d'arriver à cet amphithéâtre. Je le vois, hélas ! jalonné par la mort de bien des disparus. Passons.

En novembre 1875, poussé par le docteur Riembault, excellent médecin de Saint-Etienne, ma ville natale, mon départ pour Paris fut décidé. Et je dédie cette première anecdote à ceux d'entre vous qui seraient un peu superstitieux. Je vois encore le quai de la gare où toute ma famille attendait très émue le départ du train qui devait m'emporter pour toujours loin du foyer. Vous connaissez tous la solennité triste de ces séparations dont notre poète Haraucourt a si bien noté la mélancolie en disant : « Partir, c'est mourir un peu ». Pour faire bonne contenance à ce moment, je pris une feuille de mon carnet de poche et j'écrivis : « Voilà mon adresse dans trente ans : Docteur Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Paris, » et comme le train s'ébranlait, je jetai aux miens ce papier prophétique. Il y a juste trente ans que se passait cette petite scène de famille. Et voilà réalisé le rêve fou de ma jeunesse.

Eh bien ! Messieurs, sachez-le, vous pouvez tous vous faire une place au soleil : vous avez tous votre bistouri de maréchal dans votre giberne ; et ne croyez pas que, pour cela, il vous soit nécessaire d'avoir des appuis et des relations extraordinaires. Je ne connaissais personne à Paris dans le monde médical il y a trente ans, et je n'avais pour appui que M. Ducom, un vieux camarade de mon père, qui était pharmacien en chef de Lariboisière. C'est lui qui, dès mon arrivée, me conduisit dans le service de Tillaux, et c'est dans la fréquentation assidue de ce maître que je m'enthousiasmai pour la chirurgie et les malades. Et voici qu'aujourd'hui je suis dans cet amphithéâtre où j'ai vu Tillaux faire sa première leçon et inaugurer son cours libre de clinique avant d'obtenir la chaire de professeur à la Faculté. Et voici aussi que j'ai pour voisin, à la chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu, M. Le Dentu, un des disciples préférés de Verneuil qui l'a précédé dans cette chaire.

Tillaux et Verneuil, mes deux seuls maîtres en chirurgie, ont donc tous deux enseigné ici-même, et je me considère un peu dans l'éternelle et séculaire «course du flambeau», comme le porte-flamme intermédiaire entre eux et vous. Vous trouverez dans mon enseignement un reflet des leçons de ces deux maîtres : vous serez leurs élèves au second degré ; et ainsi se vérifiera encore la forte pensée d'Auguste Comte : «Les morts gouvernent les vivants ».

Il est impossible de trouver deux natures aussi différentes que celles de Tillaux et de Verneuil, et deux enseignements aussi dissemblables. Un seul point leur était commun, l'honnêteté scientifique, la probité professionnelle, l'amour des malades et des élèves. Mais il n'est pas jusqu'aux plus petites questions de pratique sur lesquelles ils ne fussent séparés. Verneuil laissait béantes les plaies d'amputation du sein ou des membres; Tillaux les suturait avec soin. Verneuil soignait les fractures du radius en laissant le poignet relevé, la main en extension ; Tillaux les traitait en immobilisant la main dans la flexion forcée. Verneuil recommandait les petites incisions, « l'é-

conomie de la peau de ses semblables », comme il disait ; Tillaux aimait les larges débridements « pour y voir clair. » Je pourrais continuer ainsi pour presque toute la thérapeutique chirurgicale.

Et à bien d'autres points de vue, la dissemblance était aussi marquée. L'un, petit, râblé, fin et spirituel, l'autre fier de sa force musculaire et de sa corpulence ; le premier prompt à tous les enthousiasmes, ardent aux sains emballements, le second, calme et pondéré, plein de jugement clinique et de gros bon sens. Aramis et Porthos, disions-nous familièrement au temps où on lisait encore les *Trois Mousquetaires*. Et tous les deux avaient ce trait commun qu'ils étaient adorés de leurs malades et de leurs élèves : l'un en les traitant avec la familiarité spirituelle d'un gavroche qui serait de l'Institut, l'autre en leur parlant avec une bonhomie tout affectueuse, une rondeur et une bonne grâce toutes normandes.

Mais je ne veux pas faire ici un « éloge » de Verneuil et de Tillaux. M. Reclus m'a précédé sur ce point, c'est tout dire, et personne ne saurait se mesurer à lui sur le terrain littéraire. De plus je vous renvoie au discours prononcé hier par M. Nélaton, à la Société de chirurgie sur mon maître Tillaux. C'est l'éloge d'un bon chirurgien et d'un brave homme fait par un brave homme et un bon chirurgien.

Je ne peux cependant pas entrer dans le sujet de cette conférence sans saluer M. Championnière, qui a marqué ce service de son empreinte et qu'un règlement impitoyable vous a enlevé, bien qu'il fût en pleine possession de son talent. Je n'ai pas à faire de lui un éloge qui garderait une teinte mélancolique ; il est fort heureusement dans toute sa vigueur intellectuelle et physique et j'espère bien lui offrir ici même l'hospitalité, pour profiter encore avec vous de son enseignement si personnel.

Parmi les chirurgiens, il en est qui ne se bornent pas à bien faire ce qu'ils ont appris de leurs devanciers mais qui, par une originalité native, s'éloignent des sentiers battus et se lancent hardiment dans des voies nouvelles. M. Championnière est au premier rang parmi ceux-ci. Faut-il vous rappeler son énergie, sa persévérance, sa ténacité quand il a introduit en France l'antisepsie ? Au début de mes études, je me souviens combien le jeune chirurgien du Bureau central, revenant de Londres avec des malles remplies de gaze phéniquée, de protective, de mackintosh, etc., était l'objet des sarcasmes de la majorité de ses collègues et surtout de ses maîtres. On tâchait de ridiculiser « le rite antiseptique » et j'ai vu des chirurgiens s'incliner, par moquerie, devant l'aide qui leur présentait des pièces de pansement, comme un prêtre qui fait sa génuflexion après les ablutions. On ne voyait dans sa persistance à vanter la méthode nouvelle, que l'entêtement d'un dogmatique, quand ce n'était que l'obstination de celui qui a entrevu la vérité. Et c'est grâce à cette méthode qu'il a pu hardiment vulgariser, en France, des opérations bien connues avant lui, mais qui n'étaient pas entrées dans la pratique journalière. Dans tous ses écrits on retrouve le même souci de ne donner que des aperçus personnels, des idées originales, sans se préoccuper des travaux antérieurs. Et ces travaux antérieurs, il les connaissait pourtant bien, comme il l'a montré dans son historique de la trépanation du crâne en particulier. Mais comme il a été parmi nous le premier prêtre fervent de la méthode antiseptique, il a pu les rajeunir et les faire siens, à la lumière du dogme nouveau.

Ne croyez pas, Messieurs, que tout ceci soit dit comme un « compliment » banal et obligatoire au maître qui m'a précédé ; je l'ai écrit il y a douze ans déjà, alors que je n'étais lié à lui par aucun lien direct, et que j'étais loin de prévoir la situation qui m'est faite aujourd'hui. Vous voyez que le sillon est tout tracé et je n'ai qu'à le suivre ; la tâche m'est bien facilitée par tous ces devanciers ; j'ai tenu à le dire en quelques mots au début de mon enseignement pour bien vous rappeler que si nous paraissons parfois aux très jeunes gens plus grands que nos prédécesseurs, c'est que nous sommes montés sur leurs épaules.

Messieurs, c'est grâce à notre doyen, M. Debove, dont l'affectueuse bienveillance me poursuit depuis que je l'ai eu comme chef de clinique dans le vieil Hôtel-Dieu, que j'ai été chargé de vous faire un cours de clinique annexe.

Je l'en remercie bien vivement.

La clinique est l'étude du malade et du meilleur moyen de le guérir. C'est strictement dans cette formule que je limiterai mon enseignement. C'est dire que je n'ai pas l'intention de faire un cours de pathologie. Il y a pourtant avantage, il me semble, à ne pas se borner à étudier les malades qui se présentent à l'hôpital et à faire des leçons suivant les hasards de la clinique, c'est-à-dire « à la fortune du pot ». L'intérêt s'égare et se disperse, et je crois qu'il faut une sorte d'esprit de suite dans une série de leçons pour faire œuvre utile. Chaque leçon sera donc divisée en deux parties. Dans la première, je traiterai de la pratique élémentaire de la chirurgie : ce seront des conseils pratiques de « petite chirurgie », comprenant les soins à donner aux mains du chirurgien et à la région opératoire des malades, la préparation des opérations, l'étude de l'arsenal chirurgical, des instruments utiles ou indispensables les précautions à prendre après les interventions, les soins pré et post-opératoires en un mot. Toutes les premières moitiés de mes leçons se suivront donc, comme un traité élémentaire de petite chirurgie. Je tâcherai de condenser tout ce qu'on ne vous dit pas dans les livres et de vous le présenter sous une forme claire et simple. La seconde moitié de chaque leçon sera consacrée à l'examen devant vous d'un malade.

Je vous présenterai un malade sur la table d'opération et je ferai devant vous un diagnostic précis et raisonné, dont nous vérifierons aussitôt, par l'acte opératoire, l'exactitude. Et quand mon diagnostic sera erroné, celui qui n'aura jamais fait d'erreur me jettera la première pierre. L'important, ce n'est pas de faire un diagnostic exact, c'est de raisonner juste. Si vous vous trompez en raisonnant juste, c'est le malade qui est dans son tort : c'est une exception. Je vous aurai montré dans tous les cas qu'il faut réagir contre cette tendance fâcheuse, qui consiste à pratiquer à tort et à travers des incisions exploratrices sans avoir fait de diagnostic.

Vous m'avez vu, il y a huit jours, diagnostiquer chez un de nos malades de la salle Saint-Côme, un kyste hydatique de l'arrière-cavité des épiploons, et la laparotomie, faite aussitôt après l'examen, a montré que tels étaient bien la nature et le siège anatomique de la tumeur. Il s'a-

gissait d'un homme de quarante ans qui avait dans l'abdomen, depuis un an, une tumeur d'une dureté de pierre et du volume des deux poings.

Pour vous indiquer son siège, je vous dirai seulement qu'on avait pensé à une rate mobile, à une tumeur du rein gauche, à une tumeur de la grande courbure de l'estomac, à une tumeur de l'angle du côlon. En faisant placer ce malade sur le côté droit, la tumeur très mobile se déplaçait à droite et dépassait la ligne médiane, et dans cette position on trouvait néanmoins, à la percussion, la matité splénique : ce n'était donc pas une rate. Une tumeur du rein gauche de ce volume aurait donné quelques symptômes urinaires : or, les urines étaient absolument normales et n'avaient jamais contenu ni sang, ni pus. Quant à une tumeur du côlon, il n'y fallait pas penser, car avec un volume pareil, il aurait provoqué des troubles intestinaux, et le malade n'avait jamais rien présenté d'anormal de ce côté. Restait l'estomac : l'insufflation de l'estomac fut pratiquée séance tenante comme je l'ai proposé, avec la poire de soufflerie du thermocautère tout simplement ; la tumeur disparut aussitôt, cachée par l'estomac dilaté ; elle siégeait donc derrière l'estomac, et là ne pouvait tenir qu'au pancréas. Kyste du pancréas peut-être. Mais ces tumeurs ne jouissent pas d'une pareille mobilité, de même que le cancer. Par élimination, nous arrivions ainsi au seul diagnostic plausible, de kyste hydatique de l'arrière-cavité des épiploons : et la laparotomie me donna raison.

Pourquoi ne pas ouvrir le ventre tout de suite, direz-vous, et faire le diagnostic *de visu* ? Parce que je considère cette manière de faire comme déplorable. C'est abaisser l'art du chirurgien au niveau de nos grands-oncles, les barbiers ; c'est devenir l'esclave du médecin qui décide une intervention et la fait pratiquer sous ses yeux par « son » chirurgien. Le médecin est le cerveau et la chirurgie le couteau. Le temps n'est pas si loin où le chirurgien n'avait le droit d'opérer qu'en présence d'un médecin. Mais voici qu'à notre époque la chirurgie, par pénétration armée, envahit de plus en plus le domaine médical : le poumon, le foie, le cœur ont des maladies chirurgicales. Je n'irai pas pourtant jusqu'à revendiquer pour nous la préséance sur les médecins ; mais discutons pied à pied avec la médecine et ne soyons pas esclaves. *Nec ancilla, nec domina,* voilà une devise pour la chirurgie moderne.

En résumé, Messieurs, je tâcherai de vous apprendre l'art du diagnostic et du pronostic par une véritable leçon de choses : ceci pour votre instruction ; et la première moitié des leçons sera consacrée à votre éducation élémentaire. Cette éducation est très importante : on peut être à la fois très instruit et mal élevé, et le défaut d'éducation chirurgicale primaire peut nuire à toute la carrière du chirurgien le plus érudit et le plus instruit. Il y a des notions élémentaires qu'on ne peut apprendre qu'au début de ses études. Passé ce temps, vous gardez une lacune irréparable : on n'étudie la grammaire qu'au lycée. C'est cette éducation primaire que je compte faire ici. Et pour votre instruction clinique, vous la ferez vous-mêmes en grande partie, en dehors des leçons, en venant avec assiduité dans les hôpitaux et en voyant beaucoup de malades. L'hôpital doit être pour vous le principal attrait de vos études. C'est là que vous allez passer la meilleure partie de vos jours d'étudiants. Vous devez y vivre le plus possible, et je ne peux m'empêcher de protester en passant contre cette abominable année qu'on vous fait perdre à disséquer des escargots, au lieu de vous envoyer, dès votre première heure d'étudiant, dans un service d'hôpital. Vous ne serez donc pas surpris que j'aie eu la tentation de vous donner quelques conseils sur les devoirs des élèves dans les hôpitaux. Ne vous attendez pas à des considérations théoriques et transcendantes sur la psychologie des « jeunes élèves ». Je serai encore ici tout terre-à-terre, et j'aurai même le courage de braver devant vous le petit ridicule de vous paraître un peu poncif et prudhommesque : mon excuse, c'est que tout ce que je veux vous dire n'est écrit et condensé nulle part ; vous l'apprendriez peu à peu, dans la fréquentation de nos salles ; pourquoi ne pas vous le dire tout de suite au début de vos études médicales ?

Je parlerai successivement :

1° De vos rapports avec l'administration ;

2° De vos rapports avec les malades ;

3° De vos rapports avec les médecins étrangers aux services ;

4° De vos rapports avec vos chefs.

1° L'Administration. — De tout temps il y a eu une tendance à mettre sur le compte de « l'administration » toutes les imperfections des services hospitaliers. Il est certain que l'Assistance publique, à Paris, est une machine fort compliquée, avec de nombreux bureaux, meublés d'une armée de chefs, de sous-chefs et d'employés. Il faut passer par toute une filière quand nous voulons modifier l'organisation de notre service, et cela ne va pas sans quelque lenteur. Mais à tout prendre, sachez bien que vous trouvez toujours dans ces fameux bureaux une parfaite courtoisie et qu'avec beaucoup de patience et un peu de réciprocité vous arrivez, *pede lento*, à obtenir tout ce que vous demandez dans l'intérêt des malades

La seule recommandation que j'ai à vous faire ici, c'est d'être économe dans vos pansements. C'est en somme l'argent des pauvres qui est en jeu, et il faut avoir quelque scrupule à « gâcher » de l'ouate, des bandes de toile, de l'alcool, etc... N'épargnez rien de ce qu'il faut pour que les hospitalisés soient soignés comme des princes, princes de la misère qu'ils sont le plus souvent, mais évitez les profusions, les prodigalités inutiles qui, répétées de service en service, finissent par grever le budget dans des proportions inattendues. Dans tous les hôpitaux où je suis passé comme chef de service, l'économe a toujours été frappé des économies considérables réalisées dans mon service, en comparant mes dépenses à celles de mes prédécesseurs. Cela tient assurément — et j'en suis fier — aux recommandations spéciales que je ne cesse de faire sur ce point à mes élèves, et à la surveillance jalouse exercée incessamment par ma fidèle panseuse, Mlle Elise Lecordier. Vous n'avez donc ici qu'à continuer les bonnes traditions du service, et tout le monde vous en saura gré.

2° Les malades. — Un engagement tacite nous lie à la population hospitalière. Nous devons prodiguer aux malades tous les soins nécessaires, avec la gratuité la plus scrupuleuse. Et ils acceptent en retour de servir à l'instruction professionnelle des élèves. Encore faut-il user avec

eux de ménagements et de discrétion. C'est sur ces deux points que je désire attirer d'abord votre attention.

Dans bien des cas, des examens répétés peuvent aggraver une lésion : il n'est pas indifférent de malaxer un anévrisme pour trouver un souffle ou un thrill, et même de chercher de la crépitation et de la mobilité anormale dans une fracture. Quand le chef, les internes et l'externe ont fait un examen parfois dangereux, presque toujours douloureux, il y a quelque réserve à mettre dans les examens ultérieurs. On comprend, n'est-il pas vrai, qu'un blessé ne soit pas toujours disposé à laisser trente ou quarante élèves chercher la fluctuation d'un abcès douloureux, ou même provoquer le ballottement astragalien dans une fracture du péroné.

Eh bien ! en écoutant mes conseils, vous arriverez à faire des malades tout ce que vous voudrez. Le blessé ou le malade est, du fait de son mal, redevenu un grand enfant, et ce retour à l'enfance se manifeste souvent par ce cri touchant que vous entendez dans la bouche des adultes et même des vieillards, au début de la chloroformisation en particulier : « Maman, maman. ». Il faut les traiter comme tels, c'est-à-dire être avec eux d'une douceur et d'une patience de mère. Le chirurgien bourru et brutal ne doit plus exister. Vous serez donc doux et patients avec les malades.

Pour les femmes spécialement, je vous recommande de prendre, dès le début de vos études, l'habitude de respecter leur pudeur, même quand elle est feinte, et de bannir toute indiscrétion inutile de vos interrogatoires. Approchez-vous d'un lit de femme : en deux gestes qui jettent *brusquement* les couvertures de la tête aux pieds, et la chemise des pieds à *la tête*, étalez la nudité de votre malade devant une nombreuse assistance, vous êtes jugé dans l'esprit de la malade ; elle ne vous pardonnera pas ce début ; elle ne sera plus « en confiance » avec vous, et ses réponses à vos questions s'en ressentiront. Allez au contraire prudemment ; découvrez-la, tout en lui disant que vous ne la découvrez pas ; glissez une compresse en triangle sur le pubis quand vous voulez palper le ventre ; vous la trouverez d'une docilité parfaite ; la compresse pourra se déplacer au cours de l'examen, la malade n'y prêtera plus attention. Et vous aurez ainsi pris une excellente habitude pour l'examen des malades de votre future clientèle.

Dans vos interrogatoires, ayez soin de ne pas insister sur certaines particularités de l'histoire de vos malades. C'est encore une habitude bonne à prendre tout au début de vos études. Pas de *curiosité inutile*, pas de *questions indiscrètes*, pas de *questions maladroites*, pas de *questions inquiétantes*.

Voici, par exemple, un homme blessé d'un coup de couteau dans le ventre. Demandez-lui s'il s'est frappé lui-même ou s'il a été blessé par un autre : cela peut avoir de l'importance au point de vue chirurgical, pour apprécier la direction de la plaie profonde, etc... Mais gardez-vous de l'interroger sur les causes de son suicide ou de son assassinat : « curiosité inutile ». D'ailleurs sachez bien que sur ce dernier point vous n'aurez jamais la vérité.

Voici maintenant une femme qui vous paraît avoir fait une fausse couche ou qui est en train d'accoucher d'un embryon. Ne lui demandez pas si elle a fait ou subi des manœuvres abortives : d'abord parce qu'elle ne vous le dira pas et niera jusqu'à la mort, et puis parce que ce qui vous intéresse, vous chirurgien, c'est l'avortement et non la psychologie spéciale de la malheureuse qui se confie à vous. En pareil cas, vous me verrez toujours au moindre soupçon d'avortement provoqué « tendre la perche » à la malade en lui disant : « Vous êtes tombée dans un escalier ? » Et sur une réponse affirmative et précipitée, je suis fixé : mais je n'ai pas fait de « questions indiscrètes ».

J'ai parlé aussi de « questions maladroites » : en voulez-vous quelques exemples ? Voici un début d'interrogatoire que vous avez dû entendre comme moi :

— Etes-vous mariée ?

— Non.

— Avez-vous des enfants ?

A l'hôpital, la malade baisse les yeux et répond ou ne répond pas : mais je pourrais vous citer un médecin qui a perdu une cliente en ville pour une maladresse de ce genre. Inutile de dire que la seconde question vous suffit.

« Avez-vous des enfants ? » Inutile de savoir si votre sujet est marié.

En dehors de l'interrogatoire, j'ajouterai qu'il y a aussi des examens maladroits. J'ai vu pratiquer un toucher rectal et passer sans se laver les mains du rectum au vagin : mais c'est là une faute si grossière que je n'en devrais pas parler.

Enfin pas de *questions inquiétantes*, ai-je dit. Par là j'entends toute question qui peut frapper le moral de votre malade: On prend aisément à l'hôpital la mauvaise habitude de ne considérer le malade que comme « un sujet », et de se laisser aller à parler devant lui en des termes qu'il comprend souvent beaucoup mieux qu'on ne croit. Ne dites jamais devant un malade qu'il a un sommet suspect, ou une caverne dans le poumon. Apprenez de bonne heure l'art des périphrases et des synonymies. Ne parlez jamais de cancer, ni même d'épithélioma. Ne demandez pas crûment : « Avez-vous des cancéreux, avez-vous des tuberculeux dans votre famille ? »

L'esprit du malade est en éveil : il a souvent lu pour son malheur, et mal compris, de mauvais « livres de médecine » avant de vous consulter, et il cherchera dans quelque dictionnaire la signification des mots qu'il n'aura pas compris. Notez que c'est une habitude à prendre et rien n'est plus aisé que de donner le change ; et ce petit effort vaut la peine d'être tenté ; car un mot peut le désespérer jusqu'à le conduire au suicide. Pendant quelques années on ne parlait plus que de bacillose : mais ce terme est très près d'être « brûlé ». Dites qu'un sommet respire mal, que vous trouvez des signes de géode ou de spélonque, et surtout ne prononcez pas le mot de syphilis. Schaudinn et les spirochètes vous permettront de ne pas troubler la paix d'un ménage. Le gonocoque et le bacille de Ducrey vous éviteront de parler de blennorragie et de chancre mou. Je vous laisse le soin de multiplier les exemples.

Défiez-vous aussi des débuts et de la fin de la chloroformisation. Vous croyez le malade endormi et à son réveil il vous répète une partie de ce que vous avez dit. Cela est frappant surtout pour l'anesthésie au chlorure d'éthyle. Les malades semblent profondément endormis et inertes, et ils entendent tout sans pouvoir articuler un

son. Ils sont poursuivis à leur réveil par les paroles imprudentes que vous avez prononcées. Un jeune officier, que j'avais anesthésié au kélène avec mon collègue le docteur Dufour pour réduire une luxation de l'épaule, nous répéta à son réveil toute notre conversation : « Nous n'y arriverons pas.... je vais essayer la circumduction... il y a peut-être une fracture du col anatomique..., etc. »

Tout cela est bien élémentaire : c'est à dessein que j'y insiste avec complaisance.

Je ne vous ferai pas l'injure de parler de dévouement, de bienveillance, de charité et de bonté. Mais j'ajouterai que vous devez aimer les malades, vous intéresser à leur mal, les suivre avec soin. Et ce faisant, c'est votre succès dans la clientèle que vous préparez. N'oubliez pas que vous êtes toujours jugé par quelqu'un, dans le moindre de vos mouvements à l'hôpital et dans vos actes les plus insignifiants en apparence : par votre chef, par vos internes, par vos camarades, par les sœurs ou les surveillantes, par les infirmiers même et enfin par le malade, si vous êtes seul avec lui. Et c'est la résultante de toutes les impressions que vous produisez sur tout l'entourage. qui crée autour de vous une atmosphère dans laquelle vous passerez vos jours. Un chef attentif peut prévoir que tel de ses élèves aura une grande clientèle, et que tel autre végètera aigri au milieu des malades de ses confrères. Le premier est, en effet, aimé des malades, qui le demandent pour les pansements délicats ou douloureux : si un infirmier de la salle a besoin de petits soins, c'est à lui qu'il s'adresse. Et lorsque l'élève est devenu interne, c'est lui qui a « la confiance » du personnel administratif : c'est lui qui soigne les surveillantes et les infirmières. Dans toutes les salles de garde, vous verrez un interne jouir de cette confiance générale, soigner les furoncles de ses collègues, prescrire le permanganate à ses internes, et inciser les panaris de tous les employés de l'hôpital. Soyez sûrs que celui-là aura une belle situation de clientèle quand il sera docteur, du fait même de cette atmosphère dont je vous parlais tout à l'heure. Avez-vous remarqué que les chiens, par un secret instinct, vont caresser et flatter, sans les connaître, ceux qui les aiment ? Les malades, ces grands enfants, obéissent inconsciemment à un instinct obscur du même genre, et vont, sans les connaître, consulter ceux qui les « aiment ». Et voilà comment une justice immanente vous récompense un jour du zèle que vous avez mis à soigner vos malades des hôpitaux. C'est ainsi que, pour réussir, vous n'aurez pas besoin d'user de ces moyens si bas, que le jargon du jour appelle le bluff, la mousse ou la piaffe, et qu'à défaut de conscience, votre intérêt bien compris vous poussera à être tout simplement honnêtes et consciencieux, ce qui, à l'heure actuelle, passez-moi l'expression, est « le comble de la roublardise ».

En résumé, douceur, patience, discrétion, habileté et prudence dans vos interrogatoires, voilà ce que je vous recommande, à l'hôpital comme à la ville, dans vos rapports avec les malades.

3° Les médecins étrangers au service. — Deux sortes de médecins viennent dans nos services : 1° des médecins étrangers de passage à Paris, ou qui profitent d'un long séjour pour nous voir opérer : 2° des médecins de la ville qui viennent à l'hôpital « pour se tenir au courant », comme ils disent, ou pour voir un malade auquel ils s'intéressent. Des premiers j'ai peu de chose à vous dire : vous n'avez qu'à suivre pour eux les règles habituelles de la courtoisie internationale. Observez cependant, si vous avez voyagé, que notre hospitalité est bien froide, comparée aux réceptions que l'on nous offre à l'étranger et aux prévenances de toutes sortes dont on nous entoure. Il me semble, à vrai dire, et j'y applaudis de toutes mes forces, que plus les voyages deviennent faciles et fréquents, plus les congrès internationaux se multiplient et plus nous prenons conscience de nos devoirs de réciprocité vis-à-vis des médecins étrangers qui nous font l'honneur de nous visiter.

Mais c'est sur les autres que j'appelle votre attention. Disons-le franchement, dans bien des cas, le médecin étranger au service n'est pas reçu comme il doit l'être. Je ne sais comment expliquer cela ; mais c'est un fait : et j'ai entendu bien des fois les doléances de nos confrères de la ville sur ce point. Eh bien ! Messieurs, je vous engage de toutes mes forces à recevoir avec bonne grâce tous les médecins qui se présentent dans les salles, à leur donner les renseignements qui les intéressent et à les accompagner auprès des malades qu'ils demandent à voir. J'ai l'air, et je m'en défends, de vouloir vous donner une leçon de savoir-vivre. Je veux seulement vous mettre en garde contre cette sorte de tradition fâcheuse qui fait considérer l'étranger au service, comme un intrus qui tient de la place. Rappelez-vous le proverbe latin : « Hodie mihi, cras tibi, » et songez que demain, c'est vous qui serez l'étranger. Le service demeure, l'étudiant passe ; et si par votre exemple d'étudiant courtois et complaisant vous avez réussi à modifier, dans le sens favorable, l'accueil fait aux médecins dans les services, c'est pour vous que vous aurez travaillé ; c'est vous qui en bénéficierez lorsqu'à votre tour, médecin de la ville, aux prises avec les tristesses de la clientèle, vous viendrez à l'hôpital chercher un peu de réconfort et vous retremper auprès de malades qui ne sont pas des clients. Songez bien que vous serez plus longtemps docteurs que vous n'aurez été élèves. C'est donc dans votre intérêt personnel que je vous donne ces conseils, et vous aurez plus de satisfaction dans le cours de votre vie professionnelle à être bien accueillis à l'hôpital, que vous n'aurez eu de plaisir au cours de vos études à regarder de haut le praticien qui ignore les finesses des séro-réactions nouvelles ou de la cryoscopie.

Et voyez quelle bizarrerie ! Voici des internes qui par leur titre acquis après tant de travail ont dans le public un prestige extraordinaire. Pour cette fois le public a raison et on ne peut que le louer de sa perspicacité. Pendant quatre ans, ces internes jouissent de toutes les indulgences : ils ont partout un traitement de faveur, ils forment une élite : ce sont les polytechniciens de la médecine. Et quand arrive le trois cent soixante-cinquième jour de leur quatrième année, le charme est rompu ; ce ne sont plus des internes, ce sont des ex-internes des hôpitaux. Et alors, ils ont beau travailler et faire de la clientèle, ils ne jouissent plus de cette sorte d'auréole qui n'est inhérente qu'à la fonction. Il semble qu'en quittant leur calotte, ils aient perdu leur fétiche, et quand ils reviennent dans leurs services, ils ont la sensation très nette qu'ils sont devenus l'étran-

ger, l'intrus, le gêneur. C'est une sensation que j'ai éprouvée pendant les années pénibles où je n'étais plus interne et où je n'étais pas encore chirurgien des hôpitaux. Et c'est alors que j'ai compris pourquoi peu à peu les médecins se déshabituent de l'hôpital et en oublient le chemin, ce qui est fâcheux pour tout le monde.

Mais voici qui est plus grave et ici je vous demande toute votre attention. Ce médecin qui ne vient plus à l'hôpital y envoie des malades, et c'est vous qui interrogez ces malades pour les présenter à votre interne et à votre chef. Eh bien! Messieurs, sachez-le ; d'un mot, d'un geste, d'un clin d'œil, vous pouvez faire le tort le plus grave au médecin qui soignait en ville le malade ; il s'agit d'une femme de chambre, d'une cuisinière, d'un concierge ; c'est le médecin du maître qui a donné les premiers soins, souvent dans une mansarde à peine éclairée et toujours dans les conditions les plus défavorables. Soyez sûrs que vos moindres allusions à une erreur de diagnostic ou à une faute de traitement seront colportées, amplifiées et dénaturées jusqu'à causer le plus sérieux préjudice au médecin traitant. Et notez, je vous prie, que je ne parle pas des cas où un élève aurait dit à un malade : « Quel est l'idiot qui vous a dit ou qui vous a prescrit cela ?» c'est là une grossièreté monstrueuse; je ne puis croire que pareil propos ait été tenu dans un hôpital. Mais permettez-moi de vous citer deux exemples pris dans ma propre pratique; vous allez voir que, malgré les idées que je vous développe ici, et malgré la prudence jalouse avec laquelle j'interroge mes malades dans leurs rapports avec leurs médecins, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de regretter quelques paroles et de méditer le proverbe : « Le silence est d'or. »

Vous savez qu'à la Maison Dubois où pendant trois ans j'ai dirigé un service de chirurgie, on a à soigner une quantité extraordinaire de fistules anales et de phlegmons ischio-rectaux, chez de jeunes employés de magasin, envoyés par les médecins de l'Union du commerce. J'avais profité de cette réunion de cas similaires pour comparer la pratique qui consiste à inciser d'emblée les abcès *péri-anaux jusqu'à l'anus*, avec celle des chirurgiens qui se bornent à inciser l'abcès. C'est la vieille querelle toujours pendante que vous connaissez et qui date du temps de l'Académie de chirurgie où Faget l'aîné conseillait de ne pas se contenter d'inciser l'abcès péri-anal, mais de fendre le rectum du même coup, pour éviter la fistule anale consécutive. Foubert recommandait, au contraire, d'inciser simplement l'abcès sans toucher à l'intestin.

Dix fois, vingt fois, j'avais montré à mes élèves des malades nous arrivant avec une fistule anale datant de plusieurs mois, voire même de plusieurs années, et qui avaient succédé à l'ouverture simple, à la Foubert, d'un abcès péri-anal. Un jour, je répétai ce que je vous dis là, à mes élèves, devant un malade qui avait sa fistule depuis plusieurs mois, et le malade en conclut, ou fit semblant d'en conclure que, si son médecin l'avait d'emblée soigné comme il convient, il n'aurait pas une nouvelle opération à subir et il n'aurait pas eu à se faire soigner pendant des mois. Le résultat ne se fit pas attendre : non seulement il refusa de payer la note d'honoraires de son médecin, mais il lui demanda en justice des dommages et intérêts. Et toute son argumentation était basée sur la causerie clinique que j'avais eu l'imprudence de faire devant lui. J'étais absolument dans mon tort et j'ai dû m'en excuser auprès du médecin en jurant bien, mais un peu tard, qu'on ne m'y prendrait plus.

Défiez-vous donc des conversations faites au lit des malades et ne dites devant eux que le strict nécessaire.

Voici un autre exemple, tiré de ma pratique de la ville. En 1898, dans un château de Seine-et-Oise où je soignais un blessé, la maîtresse de la maison me manifesta un jour une vive indignation contre le médecin du pays. Ce médecin avait donné à la femme du jardinier « un remède si violent » qu'elle avait en huit jours perdu tous ses cheveux, tous ses sourcils, en un mot tous ses poils. J'avoue humblement à ma honte que je restai incrédule et je soutins qu'il n'existait pas de médicament capable d'amener une pareille décalvation aussi rapidement. Il fallut bien me rendre à l'évidence quand on me montra la malade pleurant ses longs cheveux et fulminant contre son médecin malgré toutes mes exhortations. Elle était allée le consulter pour tâcher de tarir des sueurs nocturnes qui l'incommodaient. Le confrère avait ordonné des pilules de 5 centigrammes d'acétate de thallium. Rentré à Paris, je me mis en quête des travaux publiés sur l'acétate de thallium et pendant que je faisais ces recherches avec l'aide de notre distinguée interne en pharmacie Mlle Mazot, je vois entrer dans mon cabinet une dame très élégante, avec une chevelure luxuriante, et un chapeau flamboyant. Comme je lui demandais ce qui l'amenait chez moi, elle se campe devant la glace de ma cheminée et, avec d'infinies précautions, elle enlève quelques longues épingles et se débarrasse à la fois du chapeau et de la chevelure. Elle m'apparaît alors avec un crâne lisse et luisant comme un œuf d'autruche. Il n'y restait pas un poil follet. Reconnaissant cette alopécie que je venais d'observer chez la jardinière citée plus haut, je m'écriai aussitôt : « Vous avez pris de l'acétate de thallium !» Stupéfaction de la malade qui en effet pendant huit jours avait pris des pilules d'acétate de thallium que lui avait prescrites, pour guérir des sueurs nocturnes, le médecin d'un village des environs de Bordeaux. Malheureusement, c'est mon exclamation qui lui ouvrit les yeux : elle n'avait pas vu dans l'usage de ces pilules une cause plausible de son alopécie, et je vous laisse à penser ce qu'il advint par la suite du médecin qui avait eu l'imprudence de prescrire cet extraordinaire médicament, et cela pour une parole échappée dans l'ardeur de mon examen. Notez que huit jours auparavant j'ignorais jusqu'à l'existence de l'acétate de thallium. J'aurais pourtant dû savoir que le docteur Combemale (de Lille) avait présenté à l'Académie de médecine un mémoire sur ce médicament, que M. Huchard avait fait un rapport très précis sur ce travail, et avait conclu nettement que « si l'acétate de thallium est un antisudoral énergique, il détermine une alopécie rapide et par suite ne doit pas prendre place dans la thérapeutique antisudorale. » J'ajoute, pour ceux que cela intéresserait, que la thèse de M. Vassaux (Paris, 1898) contient tous les détails voulus sur ce sujet, et que j'ai publié mes deux observations à la même époque dans le *Journal des Praticiens* : mais là n'est pas la question. Vous devez retenir de celle

histoire deux enseignements : d'abord qu'il ne faut pas prescrire des médicaments nouveaux, uniquement parce qu'ils sont nouveaux ; attendez un peu qu'ils soient entrés dans la pratique. Et puis, ne donnez pas de longues explications à vos malades et pensez toujours aux conséquences de vos paroles et de vos diagnostics, en présence des malades toujours disposés à accuser le médecin et les traitements prescrits de l'aggravation de leur mal.

Et j'en dirai autant des lettres que vous avez parfois à remettre à des malades pour leurs médecins. Rappelez-vous que ces lettres, si closes soient-elles, sont le plus souvent, sinon toujours, décachetées et lues par les malades eux-mêmes. Ne confiez donc jamais à un malade une lettre confidentielle pour son médecin, si vous y parlez d'un diagnostic ou d'un pronostic que vous voulez lui cacher.

4° Les chefs de service. — Ici, Messieurs, je serai bref. Ce n'est pas un des moindres privilèges de notre situation que de passer nos matinées entourés de cerveaux jeunes et ardents qui entretiennent autour de nous une atmosphère de modernisme et de progrès.

Notre cher doyen, M. Debove, nous comparait naguère au vieux roi David qui se rajeunissait aux rayons Z d'Abizaïg, la jeune Sunamite de l'Ecriture. Sans aller jusque-là, je suis de l'avis de la Casilda de *Ruy Blas* quand elle dit :

Je crois que la vieillesse arrive par les yeux
Et qu'on vieillit plus vite à voir toujours des vieux.

C'est par notre commerce journalier avec vous que notre esprit demeure si longtemps jeune ; c'est grâce à vous que nous sommes accueillants pour les idées nouvelles et que notre cerveau reste toujours le « cerveau hospitalier » vanté par Goëthe.

Et quand, mis à la retraite, nous perdons votre contact, nos cellules cérébrales se figent, se bloquent et ne vivent plus que de souvenirs et de vieilleries. J'ai entendu un grand chirurgien retraité me dire à l'apparition des rayons de Rœntgen : « Cela ne servira pas à grand'chose en chirurgie ; il y a beau temps que nous enlevons les corps étrangers des tissus et que nous soignons les fractures sans l'aide des rayons X. » Cerveau bloqué, cellules nerveuses fixées, incapables de réagir utilement pour le progrès scientifique.

J'ai assisté à la séance de l'Institut, où Edison a présenté son phonographe. Au moment où l'appareil se mit à parler d'une voix nasonnée : « Je m'appelle le phonographe, j'ai été inventé en Amérique par... etc. », un des membres de l'auditoire se glissa sournoisement derrière Edison et lui mit brusquement les mains sur la bouche et le nez, croyant qu'il avait affaire à un ventriloque. C'était Bouillaud, un des plus grands médecins du siècle qui avait « perdu le contact » avec les idées nouvelles et le progrès.

Vous pensez, peut-être, que je vais vous demander ici de garder pour vos chefs une admiration sans bornes, et de ne jamais plaisanter entre vous sur leurs petits travers et sur leurs douces faiblesses, inhérentes à l'humanité.

Je n'en ferai rien d'abord parce que cela serait inutile ; et puis parce que c'est là un petit châtiment que nous méritons pour avoir, dans notre jeunesse, dit de nos chefs, ce que vous dites des vôtres. « Tous les enfants sont des ingrats, mon pauvre père avait raison » ; ce mot du bonhomme Poirier, d'Emile Augier, sera bien toujours vrai ; vous verrez cela dans vingt ans quand, devenus chefs à votre tour, vous aurez à subir de vos élèves quelques espiègleries d'enfants terribles.

Mais il est un devoir imprescriptible que vous avez envers vos chefs. Vous leur devez en tout et toujours « la vérité ». Je vous rappelle la belle devise de notre vieille Société de chirurgie : « Vérité dans la science, moralité dans l'art. » De tous les défauts, de tous les vices que vous pouvez imaginer, il en est un qui, en médecine, prend, selon moi, les proportions d'un véritable crime, c'est le mensonge scientifique. Observations tronquées, truquées, maquillées, falsifiées, remises au chef pour étayer les théories qui lui sont chères, accidents opératoires, incidents de pansement cachés au chef, et tout ce que vous pouvez trouver dans cet ordre d'idées; voilà ce que je ne veux jamais voir dans mon service.

Et sachez-le bien, la meilleure manière de flatter vos chefs et de leur plaire, c'est de faire votre service avec zèle et exactitude, suivant la vieille formule.

C'est pour éviter les cachotteries et la dissimulation que le chef doit avoir pour ses élèves une bienveillance inaltérable, afin que ceux-ci soient assurés de toujours trouver près de lui, en cas de faute, non pas un accueil bourru et déconcertant, mais une indulgence paternelle.

Aussi, Messieurs, ne saurais-je trop vous engager à aimer vos chefs ; c'est la seule manière de bien profiter de leurs leçons. Vous connaissez l'histoire de cette doctoresse de Bologne qui interposait un voile entre elle et ses auditeurs, pour que la beauté de son visage n'absorbe pas leur attention. Elle avait tort. Il ne faut pas de voile entre le chef et ses élèves. La communion doit être entière. Un chef qui vous déplaît par son ton et ses manières est un mauvais maître pour vous. Aussi ne choisissez pas un chef au hasard, et surtout évitez de céder à ce triste calcul qui vous conduit chez un maître en escomptant les services que ses titres et sa situation pourront vous rendre. Dites-vous bien qu'on ne vit pas impunément la moitié de ses jours, pendant un an, avec un maître sans subir une véritable imprégnation indélébile : or, on commence toujours par l'imiter dans ses défauts ; et ces défauts, tolérés chez le maître à cause de sa situation, peuvent rendre l'élève ridicule ou odieux.

On a vu des chefs dont on reconnaissait d'emblée tous les élèves, à la vivacité des expressions dont ils usaient envers leurs camarades et leurs collègues : d'autres crient, se fâchent, gesticulent pour un fil qui casse ou des ciseaux qui coupent mal. Ce sont là des habitudes détestables que vous ne prendrez pas, si vous évitez les services de ceux qui les ont.

Allez, en somme, au chef qui vous plaît, sans vous soucier des services problématiques qu'il pourra vous rendre à longue échéance. C'est celui-là dont les leçons vous seront profitables, car, ainsi que l'a dit Michelet, ce grand « enseigneur » dont le puissant esprit fut une passion de ma jeunesse : « L'enseignement, c'est de l'amitié. »

Les chefs auront ainsi les élèves qu'ils méritent.

L'affluence aujourd'hui de mes anciens élèves

me montre que j'ai su profiter du conseil de Michelet, et je termine cette leçon comme je l'ai commencée, en vous remerciant du fond du cœur de votre affection et de votre fidélité.

CHRONIQUE JUDICIAIRE DU « SOU MÉDICAL »

Du rôle de l'infirmier et du médecin

Tribunal civil de la Seine (7e ch.) 16 février 1906.

Il vient d'être plaidé devant la 7e Chambre du tribunal de la Seine un petit procès qui a donné lieu à un jugement fort intéressant pour le corps médical. Pour expliquer la portée de la décision rendue, il est nécessaire de rendre compte des faits, que les débats ont fait connaître.

M. Ormaux, étant tombé malade en août 1904 à Paris, fit appeler son médecin. Ce dernier diagnostiqua un accès de fièvre intermittente avec congestion au foie et prescrivit des injections de bichlorhydrate de quinine, avec une solution contenant 0 gr. 37 par centimètre cube. Comme la première piqûre devait être faite vers 4 ou 5 heures du matin, le médecin conseilla au malade de faire venir un infirmier, et sur la demande de celui-ci, lui indiqua la Société générale des Infirmiers et Infirmières de Paris, dite « Ambulances pariennes » qui, dans ses prospectus, promet d'avoir « à la disposition des docteurs et des familles à « toute heure de jour et de nuit, des infirmiers et « des infirmières *diplômés* ». L'entreprise, à laquelle fut faite par téléphone la demande d'un infirmier, en envoya un près duquel le médecin s'assura dès son arrivée « qu'il savait faire les piqûres. » Trois piqûres furent faites par lui au malade le lendemain et le surlendemain. Le médecin, revenu près du malade ce dernier jour, constata qu'elles étaient faites avec une ignorance absolue du procédé opératoire, c'est-à-dire superficiellement, dans la peau, au lieu d'être faites, comme il convenait, dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Il prévit la production d'escarres, ce qui ne manqua pas de se réaliser quelques jours plus tard, fit renvoyer l'infirmier et prévint l'entreprise de sa « dangereuse inexpérience ». Il a été révélé aux débats que l'infirmier en question n'avait obtenu aucun diplôme et avait seulement invoqué, pour se faire embaucher, un séjour de trois années comme infirmier de visite au Val-de-Grâce. Le médecin — un médecin des hôpitaux — charge alors un confrère, l'un de ses aides, de faire continuer le traitement au malade, mais, comme les heures auquelles les piqûres devaient être faites rendaient difficiles l'intervention d'un médecin pour chacune d'elles, on fut encore obligé de s'adresser à une sœur garde-malade. Douze piqûres furent pratiquées alternativement par le médecin et par la sœur, avec la même solution que celles faites par l'infirmier, et ne produisirent aucun accident. Les escarres et abcès dont le malade eut à souffrir lui occasionnèrent en outre une incapacité de travail à peu près complète *pendant douze semaines.*

M. Ormaux assigna la Société des ambulances parisiennes, comme responsable du fait de son préposé, en 1000 fr. de dommages-intérêts.

La Société se défendit, en niant qu'on lui eût demandé un infirmier capable de faire des piqûres et en rejetant au surplus toute la responsabilité sur le *médecin* qui, disait-elle, ne devait pas confier à un infirmier le soin de faire des piqûres de quinine, en raison du caractère particulièrement dangereux des injections faites avec cette substance.

La 7e Chambre du Tribunal de la Seine a statué en ces termes :

— Attendu qu'Ormaux n'établit pas qu'en demandant un infirmier, il ait indiqué que cet infirmier devait avoir les connaissances nécessaires pour pratiquer les injections hypodermiques ;

Que l'injection hypodermique constitue une opération de « petite chirurgie », qui, d'après les usages reçus, doit être faite par le médecin lui-même ou en sa présence et sous sa surveillance directe ;

Qu'elle peut, lorsqu'elle est pratiquée par une personne n'ayant pas les connaissances ou ne prenant pas les précautions nécessaires, provoquer chez les malades des accidents graves ;

Que cette opération ne rentre pas dans les soins qce l'infirmier doit donner pour assurer l'exécution des prescriptions du docteur.

Président : M. Ucciani : Plaidants : Me Gatineau, Me A. Roux.

Cette décision appelle plusieurs reflexions :

1° Il est juste de dire, avec le tribunal, que les piqûres, et toutes « les opérations de petite chirurgie » en général, doivent être faites par le médecin, ou sous sa surveillance directe. Nous ne pouvons qu'approuver les idées qui ont inspiré le tribunal et qui tendent à proscrire l'intervention, pour des actes qui ressortent essentiellement du domaine médical, telles que les injections, cathétérismes, etc., d'individus non munis du diplôme de docteur en médecine. Il est juste de réduire autant que faire se peut le rôle des infirmiers à celui de gardes-malades, ayant pour mission de veiller celui-ci, de lui faire prendre ses potions aux heures prescrites et de lui donner les soins d'hygiène, en un mot, de faire exécuter le traitement prescrit par l'homme de l'art.

Dans la pratique, cependant, il est bien difficile d'appliquer cette règle d'une façon absolue. Il y a des cas, par exemple où les piqûres ne doivent pas être faites à heure fixe, mais suivant l'état du malade, lorsqu'on prévoit une crise dont certains symptômes font prévoir l'approche. Dans ces cas, peut-on exiger d'un médecin, obligé de donner ses soins à plusieurs malades demeurant à des distances plus ou moins grandes les uns des autres et dont l'état peut exiger de sa part une assistance plus ou moins longue, de se tenir près de l'un d'eux d'une façon presque permanente ? Est-il possible à nombre de malades de faire la dépense d'avoir près d'eux, pendant plusieurs mois, pour ainsi dire comme infirmier, un docteur en médecine ? Si modestes que soient les prétentions de ces derniers au point de vue de leur rémunération, il faudrait donc être millionnaire pour pouvoir s'assurer certains soins spéciaux, s'ils ne peuvent être donnés par les auxiliaires autorisés du médecin. Et ce dernier ne peut-il sans exposer sa responsabilité personnelle, se faire suppléer par eux, pour certaines petites interventions, telles que les piqûres ? Il semble bien

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

—

par médecin, ne seraient frappés que de la contribution de 5 fr., par tête, ce qui est un faible taux d'assurance. L'objection serait qu'alors le médecin n'aurait pas d'intérêt à plaire à ses malades et, pour s'éviter du travail, chercherait à les écarter. Il est facile d'y remédier par le procédé en usage dans certaines sociétés de secours mutuels. Chaque habitant choisirait son médecin parmi les 5 de son groupe et le médecin serait rémunéré suivant le nombre d'habitants qui l'auraient choisi. Ainsi le zèle du médecin serait stimulé, son existence assurée, et le libre choix du malade serait respecté. Certes, nous sommes loin du moment, où cette organisation serait possible, mais ne pensez-vous pas qu'il n'est pas inutile d'envisager cette possibilité ?

Agréez, Monsieur et cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr C...

Réponse. — Le Concours médical, maison hospitalière de tous les projets, de toutes les tentatives ayant pour objet l'intérêt général des praticiens, ne peut se dispenser d'ouvrir sa couveuse, à l'embryon ci-dessus. Nous inscrirons tous les confrères qui feront l'offre d'en être les parrains.

Dr X. à R. Z,, à *Concours.* — Je suis médecin-pharmacien ; j'aurai dans quelques jours un pharmacien dans la localité.

Devrai-je aussitôt cesser de délivrer des médicaments ? ou suis-je autorisé à écouler ceux qui seront encore en ma possession. Et dans ce dernier cas, combien de temps ai-je à moi pour profiter de cette autorisation ?

Qui m'avertira officiellement qu'une officine de pharmacien est ouverte dans ma localité ?

Réponse. — Aussitôt qu'un pharmacien aura ouvert son officine dans votre localité, vous devrez cesser de délivrer des médicaments à vos clients. Peut-être ce pharmacien prendra-t-il arrangement avec vous pour acquérir ce qui vous restera de produits pharmaceutiques. C'est question de bonnes relations.

Suite page XI.

que la responsabilité du médecin devrait être à couvert, lorsqu'il s'est adressé à une entreprise qui prétend n'avoir que des « Infirmiers diplômés », et lorsqu'il s'est assuré auprès de l'infirmier « qu'il savait faire des piqûres » ; dans ce cas la responsabilité de l'Entreprise devrait subsister seule, lorsqu'elle a procuré un infirmier qui n'offrait pas les garanties de capacité promises. C'est en cela et sur ce point seul que le tribunal nous paraît avoir mal apprécié les faits.

2° Puisque le tribunal reconnaît la nécessité de l'intervention médicale d'une façon exclusive pour tout ce qui constitue la petite chirurgie, — ce pour quoi nous ne pouvons lui marchander notre approbation —, comment s'expliquer les jugements si fréquents et si singuliers dans lesquels les mêmes juges taillent et rognent à plaisir, et avec une incompétence qui d'ailleurs s'explique, dans les notes d'honoraires des médecins ? Si les magistrats reconnaissent l'utilité du médecin, la nécessité de s'adresser à lui pour tout ce qui rentre dans l'exercice de son art, il faudrait pourtant bien se décider *à le payer, à fixer sa rémunération d'une façon convenable*. Presque jamais une note d'honoraires médicaux, fixée par le médecin avec conscience et avec le sentiment de la responsabilité assumée, n'est acceptée telle quelle par les tribunaux. Les rares exceptions sont en faveur des médecins pourvus de titres officiels, ou des chirurgiens connus. Quant aux autres, *jamais*, si modérée, si consciencieusement étudiée que soit leur note, elle n'est acceptée sans une réduction. Il semble qu'en face des médecins, les tribunaux croient avoir affaire à des plaideurs qui, victimes d'un quasi-délit ou d'un accident, demandent plus pour avoir moins. Ces magistrats qui ne connaissent — puisqu'ils ne sont pas médecins — ni la difficulté offerte par le traitement de telle ou telle maladie ou de telle ou telle intervention, ni le temps qu'a passé le médecin auprès de tel malade, ni celui employé chez lui à telles recherches et études pour trouver les éléments du diagnostic de tel cas embarassant, pourquoi s'arrogent-ils le droit, sans même recourir pour s'éclairer à des expertises faites par des hommes du métier, de réduire et diminuer les demandes des médecins, à vue de nez, pour ainsi dire au petit bonheur ? Ne se doutent-ils pas qu'ils portent aussi atteinte à l'autorité, à la dignité du médecin, aux yeux du public ? Ce sont des pertes de temps et d'argent qu'ils lui causent en le mettant dans la nécessité trop fréquente de s'adresser à la justice pour se faire payer. Ils encouragent les calculs de certaines catégories d'individus qui, sachant que devant les tribunaux les honoraires des médecins sont toujours réduits, prennent l'habitude de ne plus payer qu'après un jugement, lorsqu'ils ne poussent pas l'audace jusqu'à faire contre lui une demande reconventionnelle. Et pourquoi, lorsque ces dernières sont reconnues mal fondées, les tribunaux refusent-ils presque toujours d'allouer aux médecins victimes de semblables agissements des dommages-intérêts ? Espérons que la tendance qui se manifeste au tribunal de la Seine, au sujet de l'importance du rôle du médecin, se fera sentir dans l'appréciation de la rémunération à laquelle ce rôle lui donne droit.

3° Puisque les infirmiers ne doivent être que des gardes-malades, il importe que les médecins ne prennent pas la responsabilité de désigner telle ou telle entreprise, qui, en cas d'accident, s'empressera de rejeter sur eux la responsabilité. Qu'ils ne désignent à leurs malades que des infirmiers d'eux connus et dont ils auront pu apprécier les capacités. Qu'ils s'assurent d'avance, au cours de leur carrière, d'un nombre aussi considérable que possible d'auxiliaires auxquels ils feront appel au moment voulu. On voit, par l'affaire que nous venons d'exposer, à quelles responsabilités personnelles ils peuvent s'exposer s'ils s'adressent à des infirmiers de hasard, pour l'application de leurs prescriptions.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le Projet de Loterie pour les Familles médicales malheureuses.

Nous avions demandé avec insistance et émotion, dans notre dernier numéro, des éclaircissements sur le projet de loterie auquel faisait allusion un article sensationnel de M. le Dr Janicot dans le *Bulletin médical*.

Des deux côtés intéressés, les réponses sont arrivées avec un empressement dont nous sommes reconnaissants à nos confrères.

En effet, après avoir reproduit nos réflexions, M. le Dr Janicot écrit dans le *Bulletin médical* du 21 février les quelques lignes suivantes :

L'émotion dont ces lignes débordent ne nous surprend pas de la part du *Concours médical*, et tous les médecins la partageront.

Il appartient au Conseil général de l'A. G. de répondre. En ce qui nous concerne, nous n'avons — pour le moment tout au moins — qu'à maintenir l'exactitude rigoureuse de ce que nous avons avancé. J. J.

D'autre part, nous avons reçu avant-hier la lettre ci-dessous, qui fixe d'une façon très précise l'attitude du Conseil de l'A. G. et semble bien mettre à l'abri toute sa responsabilité

Association générale des médecins de France.

Paris, le 19 février 1906.

Mon cher confrère,

Le bureau de l'Association générale ne veut pas attendre la publication de son *Bulletin* pour répondre à la question si pressante que vous lui adressez dans votre dernier numéro.

Il me charge donc de vous édifier sur la valeur de l'article qui vous a ému.

Il est parfaitement exact que M. le Dr Smester m'avait entretenu, il y a deux ans, de son projet de loterie. Il l'avait même fait en termes si enthousiastes qu'il m'y avait converti et que je lui avais promis de le soutenir devant le Conseil général. A ce moment je n'en connaissais pas les termes précis ; mais j'avais prié M. le Dr Smester de bien vouloir me communiquer son projet et me dire exactement ce que pourrait faire pour lui le Conseil général de l'Association.

Or, le 29 juin 1904, M. le Dr Smester m'écrivait :

Mon cher secrétaire général,

Je n'ai pas demandé que l'Association prenne l'initiative de la proposition.

Je la prends.

J'ai dit que le président du conseil, après m'avoir entendu, avait approuvé l'idée et lui donnerait son appui.

Je demande donc simplement que le conseil général, *sans engager sa responsabilité*, ne fasse pas échouer un projet qui permettra à l'Association de donner un peu plus d'aide aux veuves, aux orphelins et aux vétérans de la profession.

Croyez, mon cher secrétaire général, à mes sentiments de sincère et profonde estime.

SMESTER.

Quant au *projet de résolution*, il tendait à autoriser le corps médical (1) à organiser une loterie *au bénéfice des victimes de la profession médicale.*

Il ne visait donc en rien ni l'Association générale, ni ses caisses de retraite et de secours.

(1) Et non l'Association générale.

Son article *unique* était ainsi rédigé : « Le gouvernement est invité à autoriser le corps médical à organiser une loterie de quatre millions (1), dont le bénéfice sera affecté *à l'amélioration du sort des victimes de la profession médicale* ».

Le 5 juillet 1904, j'ai répondu à M. le Dr Smester que j'avais lu sa lettre et défendu son projet devant le conseil général et que, se référant aux termes mêmes de cette lettre, le conseil général, devant rester étranger aux démarches de M. le Dr Smester, « ne ferait absolument rien qui puisse les faire échouer ».

A cette lettre je n'ai reçu aucune réponse et je n'ai plus jamais entendu parler du projet de M. Smester.

Je n'ajoute rien pour le moment et vous laisse le soin de conclure.

Croyez je vous prie, à mes sentiments affectueux et dévoués.

L. LEREBOULLET.

(1) Et non cinq millions.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

La loi sur les Syndicats.

M. le Dr Dubuisson, député du Finistère, le dévoué vice-président de l'Union des Syndicats médicaux et du Groupe médical parlementaire, nous fait tenir le texte des amendements qu'il a présentés au projet Barthou, conformément à l'étude de Me Gatineau publiée au dernier numéro du *Concours* :

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

HUITIÈME LÉGISLATURE

1er décembre 1905 — Session extraordinaire de 1905

AMENDEMENT

aux propositions de loi tendant à modifier la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels,

Présenté par MM. DUBUISSON, ALBERT POULAIN, CAZENEUVE, Maurice BERTEAUX, PUECH, DEFONTAINE, Jules COUTANT (Seine), députés.

Modifier comme suit le texte proposé par la Commission pour l'article 3 de la loi du 21 mars 1884:

« Les syndicats professionnels ont exclusivement pour objet :

« 1° L'étude et la défense des intérêts *moraux et matériels*, industriels, commerciaux et agricoles ;

« (*Le reste comme au texte de la Commission.*) »

AMENDEMENT

aux propositions de loi tendant à modifier la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels,

Présenté par MM. DUBUISSON, BICHON, CAZENEUVE, POURTEYRON, DEFONTAINE, députés.

Rédiger comme suit le 3e paragraphe proposé par la Commission pour l'article 2 de la loi du 21 mars 1884 :

« La présente loi est applicable à *toutes* les professions libérales,... (*le reste comme au texte de la Commission*). »

M. le Dr Dubuisson nous informe de plus que la discussion du projet Barthou paraît pouvoir être abordée la semaine prochaine.

CORRESPONDANCE

Remerciements au « Sou Médical »

Saint-Chély, le 14 février 1906.

Monsieur et très honoré Confrère,

Je viens — un peu tard, par suite d'un incroyable surmenage — acquitter une dette de reconnaissance. Permettez-moi de vous adresser mes plus vifs remerciements pour l'article publié en première page dans le *Concours Médical* du 21 janvier 1906, et relatif à l'heureuse issue de mon procès contre le préfet de la Lozère.

Vous avez présenté l'affaire sous son véritable jour et fait ressortir, comme il convenait, le caractère des procédés administratifs, en même temps que la sévérité de la leçon donnée au préfet par le Conseil d'Etat. Cet article a eu partout, et surtout dans ma région, un grand retentissement, et m'a valu une avalanche de lettres de félicitations.

Il vaudra aussi, je l'espère de nombreuses adhésions au « Sou Médical .»

Je viens vous prier en même temps, très honoré Confrère, de vouloir bien m'indiquer si je dois quelque chose au « Sou Médical » et à Me Gatineau.

Me Gatineau m'a écrit plusieurs lettres et m'a donné ses précieux conseils. Veuillez me dire comment je dois acquitter cette dette.

En attendant, je vais faire en faveur du « Sou médical» une vive propagande dans ma région. Je pense que vous ne tarderez pas à avoir des adhérents dans la Lozère.

Veuillez agréer, très honoré Confrère, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués et reconnaissants.

Dr VINCENT.

N. D. L R. Au nom de Me Gatineau et du Conseil tout entier, nous ne pouvons que vous demander, comme vous l'avez prévu, de faire une active propagande en faveur de nos œuvres de défense.

Une police mal lue.

A., 13 février 1906.

Mon cher confrère,

Et d'abord une petite rectification à propos de votre article :« le Médecin major de nos campagnes» paru dans le n° 6 du *Concours*. Vous l'attribuez à un profane, or l'auteur est bel et bien Docteur et

médecine de la Faculté de Paris, pratiquant à la campagne depuis 20 ans. Cela, n'est-ce pas, a lieu de surprendre.

Ensuite je vous adresse ci-joint une lettre d'une Cie d'assurances (ou plutôt une copie de lettre, tenant à conserver l'original) quim'a laissé rêveur, mais qui a profondément étonné le pauvre diable de patron assuré à cette compagnie (c'était le premier sinistre dont il réclamait le règlement). Puisque les Cies ne se gênent pas pour produire devant les administrations et pouvoirs publics les notes *exagérées* de certains confrères, cherchant à en faire porter la responsabilité sur tout le corps médical, n'est-il pas de notre devoir de mettre en présence de ces mêmes pouvoirs les faits et gestes de quelques-unes de ces dames toutes puissantes ?

C'est pourquoi j'ai cru bon de vous adresser la copie de cette lettre (l'original devant servir au blessé qui va poursuivre patron et Cie) pour que vous en fassiez tel usage que vous jugerez utile.

Elle ne vous étonnera peut-être pas, mon ami Diverneresse ayant déjà réuni à ce sujet un certain nombre de documents tout aussi édifiants.

Recevez, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr G.

Ci-dessous la lettre qui nous est signalée:

Cie d'assurance la X...

M. M., à C.

Monsieur,

Nous avons l'avantage de vous informer que nous avons soumis l'étude de votre sinistre à l'appréciation du Conseil d'administration.

A la suite de votre déclaration d'accident, l'incapacité de travail de l'ouvrier M.. a duré du 22 décembre au 17 janvier inclus, soit 36 jours dont il y a lieu de défalquer les 5 jours du début, 3 dimanches, et 2 jours fériés, conformément à l'art. 1er des conditions générales de votre contrat ; il reste par conséquent 26 jours à 5 fr. = 130 fr.

Auxquels il faut ajouter le montant des honoraires dus au médecin et qui s'élèvent à 18 fr. (la Cie ayant diminué le prix des certificats de maladie et de reprise du travail qui sont à la charge des assurés).

Ou 130 + 18 = 148 fr. dont il faut retrancher la franchise de 100 fr. (art. 12 de la police et résolution n° 11 de l'Assemblée générale du 17 juillet 1903).

A diminuer également 9 fr. 60 représentant 20 0/0 de l'indemnité de 48 fr., l'assuré restant son propre assureur pour un cinquième (résolution n° 11 de l'assemblée générale de 1903).

Ou 9 fr. 60 à retrancher de 48 fr. reste 38 fr. 40.

Pour ne pas faire attendre le règlement de votre sinistre qui, conformément à la loi, devrait être soumis à l'appréciation de l'assemblée générale de 1907, le Conseil d'administration a décidé de vous accorder de suite et comme compensation définitive du préjudice que vous avez éprouvé la somme de trente-cinq francs (*8 fr. 91 0/0 d'escompte !!*).

Nous vous prions d'honorer de votre signature le reçu inclus que vous voudrez bien nous retourner et, par courrier, nous vous ferons parvenir le montant de la dite somme, à moins que vous ne préfériez en faire opérer le recouvrement par la poste.

Recevez, M. etc.

Le secrétaire général, chef du service administratif.

L'administrateur, directeur du service.

Voici le libellé du reçu inclus dans cette lettre :

A présentation, reçu de la Société X. la somme de trente-cinq francs nette de tous frais généralement quelconques pour compensation définitive du sinistre intéressant ma police Maîtres et patrons n° 6....

La présente allocation m'a été consentie spontanément et équivaut au règlement gratuit et intégral du préjudice que j'ai éprouvé.

Le secrétaire général. L'administrateur du service

Signature à apposer par l'assuré.

....

BIBLIOGRAPHIE

Microscopie clinique. — Aujourd'hui que le microscope est devenu l'auxiliaire indispensable du clinicien, tout praticien doit savoir rechercher les principales bactéries pathogènes, examiner un sédiment des excrétions de l'économie, et pratiquer un sérodiagnostic.

Il lui est d'absolue nécessité de posséder tout au moins les notions nécessaires qui lui permettront de contrôler les résultats qu'on lui fournit et d'interpréter ou, suivant l'expression consacrée, de déchiffrer ce que, en termes de laboratoire, on appelle « une préparation ».

Il faut savoir rattacher les bactéries et les microbes que l'on voit aux espèces connues, les caractériser et les cataloguer, en un mot. C'est de ce travail, peu facile souvent, que dépend quelquefois tout entière la caractéristique d'une affection.

Bien pénétrés de cette idée, MM. Deguy, ancien chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants-Malades, et Guillaumin, docteur en pharmacie, ont réuni sous le titre « Traité de microscopie clinique » (Masson) l'ensemble des connaissances qui sont indispensables à tout praticien.

Pour chaque espèce microbienne les caractères principaux sont résumés en une page ou deux. Un simple coup d'œil sur la planche qui y est jointe permet de retrouver l'image de la bactérie que l'on veut déterminer. Les dessins y sont tellement exacts et tellement parfaits qu'on croirait, suivant l'expression du professeur Roger, avoir sous les yeux de véritables préparations et des préparations bien réussies.

Il s'agit donc à la fois d'un traité et d'un atlas où sont étudiés tour à tour, le sang, les sérosités naturelles et pathologiques, les excréta et les microbes pathogènes de toutes sortes.

L'ouvrage est édité chez Masson, 120 boulevard Saint-Germain.

Le prix, qui est de 50 fr., ne manquera pas de paraître un peu élevé au praticien, mais il s'agit là d'un livre indispensable qui donnera à chacun des connaissances indispensables.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques.

Parmi les distinctions accordées récemment par l'Académie pour le service des épidémies et le service de la vaccine, nous relevons le nom des membres du Concours suivants :

SERVICE DES ÉPIDÉMIES.

Médaille d'argent. MM. le Dr Camescasse (de Saint-Arnoult).

Rappel de médaille d'argent. — M. le Dr Colin (de Quimper).

Rappels de médailles de bronze. — MM. les Drs : Decouvelaère (d'Hazebrouck) ; Ollivier (de Dinan) ; Omont (de Pont-Audemer).

SERVICE DE LA VACCINE.

Médailles d'or. — MM. les Drs Fuzet du Pouget, (de Casteljean) ; Péthiot (du Conquet).

Rappel de médaille d'or. — M. le D. de Welling, (de Rouen).

Médailles de vermeil. — MM. les Drs Colin (de Quimper), Gouez (de Plougastel-Daoulas).

Rappels de médailles de vermeil. — MM. les Drs Camescasse (de Saint-Arnoult), Courtade (d'Outarville).

Médailles d'argent. — MM. les Drs Agniel (de Bagnols-sur-Cèze) ; Alirol (du Puy) ; Aubry (de Campbon), Bergeret (de Bourgoin), Briot (de Chaussin), Cailleteau (de Saint-Philbert de Grand-lieu), Coliez (M) (de Longwy), Contal (de Bienod-les-Touls), Dodin (de Challans), Douare (de St-Siméon de Bressieux), Evrard (de Vernantes), Fourrier (de Briey), Haut (de Villers-la-Montagne), Joly (de Mende), Leraitre (de Beauvais), Marchal (de Saint-Nicolas-du-Port), Mérop (d'Audierne), Ollivet (du Vigan), Ott (de Lillebonne) ; Parmentier, (de Flize).

Rappels de médailles d'argent.. — MM. les Drs : Abrial (du Puy), Azema (d'Aurignac), Bermondy (de Nice), Daday (de Bourg-d'Oisans), Dubreuil (de Paris), Gazzola (de Nice), H. Gourichon et L. Gourichon (de Paris), Isnel (de Vizille), Lagarde (de Vals), Miquel (de Paris), Pascalis (de Paris), Rouvier (de Voiron), Zibelin (de Paris).

Médaille de bronze. — M. le Dr Deperet-Muret, (de Paris).

Nous adressons toutes nos félicitations à nos confrères.

Maison nationale de Charenton. (Maison nationale de Santé). Service médical. — Médecin en chef (hommes), M. le Dr Antheaume ; médecin en chef (dames), M. le Dr Ritti; médecin, M. le Dr Mignot; chirurgien en chef, M. le Dr Damalix : chirurgien, M. le Dr Beaussenat, Pharmacien, M. Charon.

N. Pour les conditions d'admission et les prix, écrire à M. L'Administrateur.

Faculté et Hôpitaux.

M. le Prof. A. Gautier, membre de l'Institut, commencera le cours de chimie médicale le samedi 3 mars 1906, à 5 h. (amphithéâtre de chimie et de physique de la Faculté) et le continuera les mardis jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Principales applications de la chimie (minérale et organique) à la physiologie et à la pathologie humaine.

— M. le Prof. Paul Segond commencera le cours de médecine opératoire le vendredi 9 mars 1906, à 5 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Chirurgie journalière et opérations d'urgence.

— M. Lepage, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements le lundi 5 mars 1906. à 6 h. (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. Vaquez, agrégé, commencera des conférences de thérapeutique le jeudi 8 mars 1906, à 3 h. (petit amphithéâtre de la Faculté) et les continuera les samedis, mardis et jeudis à la même heure.

Sujet des conférences : Les médicaments d'origine végétale et animale. L'art de formuler.

— M. Pierre Duval, agrégé, commencera le cours complémentaire de pathologie externe le mardi 6 mars 1906, à 4 h. (grand amphithéâtre de la Faculté) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. Richaud, agrégé, commmmencera des conférences de pharmacologie le lundi 5 mars 1906 à 5 h. (amphithéâtre de pharmacologie) et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet des conférences. — Lundi et vendredi : Moyens mécaniques. Agents physiques. Médicaments utilisés dans les principales médications.

Mercredi : Notions de pharmacologie nécessaires au médecin. Art de formuler. Reconnaissance des produits médicamenteux. Interrogations.

— M. Cunéo, agrégé, commencera des conférences d'anatomie le vendredi 2 mars 1906, à 3 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Conférences élémentaires d'anatomie topographique.

— M. Gosset, agrégé, commencera des conférences de pathologie externe le vendredi 2 mars 1906, à 4 h. (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. Guiart, agrégé, commencera des conférences d'histoire naturelle médicale le samedi 3 mars 1906, à 4 h. (petit ampithéâtre de la Faculté) et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Objet des conférences : Les maladies de l'homme, produites ou inoculées par des parasites animaux.

— M. Legry, agrégé, commencera des conférences d'anatomie pathologique, le samedi 3 mars 1906, à 2 h. et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

— Un cours complet élémentaire et pratique de syphiligraphie et de vénéréologie commencera, le 6 mars, à 10 h 1/2 du matin, à l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare et se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Ce cours sera fait le mardi, par M. Le Pileur : syphiligraphie ; le jeudi par M. Verchère. Vénéréologie ; le samedi par M. Ozenne : blennorragie (complications) et sera complet en 18 leçons.

Seront admis à suivre ce cours les docteurs et les étudiants en médecine pourvus de 12 inscriptions, qui se feront inscrire chez le directeur de Saint-Lazare.

— M. André Thomas, ancien interne des hôpitaux, commencera le jeudi 1er mars, à 2 h. 1/2, dans le laboratoire du professeur Déjerine, un cours d'anatomie pathologique du système nerveux.

Ce cours continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure et comprendra une quinzaine de leçons.

Programme : Lésions cellulaires. Dégénérescences scléreuses, méningites, lésions vasculaires.

Chaque leçon sera accompagnée de présentations de pièces et d'examens miscropiques.

Le prix du cours est fixé à 40 francs.

On peut s'inscrire au laboratoire du professeur Déjerine à la Salpêtrière.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de : MM. les Docteurs Guibet, de Bapaume (P.-de-C.) ; Jamme, de Saint-Laurent du-Pont (Isère) ; Savé, de Rivehaute (B.-Pyrénées) ; Lartigue, de Bégadan (Gironde) et Poiteau, de Bienvillers-au-Bois (Pas-de-Calais), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année — N° 9 — 4 MARS 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Pauvres Docteurs !

Que de fois on s'était dit, dans les conseils de nos Sociétés de défense professionnelle :

Comment pourrions-nous jeter à coup sûr dans le grand public la vérité sur la situation du Corps médical actuel ?

La presse quotidienne refuse d'insérer tout exposé complet de cet état de choses, parce qu'il y faut consacrer des articles trop longs, parce que le sujet ne serait pas d'un intérêt palpitant pour la masse, etc., etc.

Elle n'ajoute pas, mais elle paraît bien penser, la Grande Presse, que l'opinion refuse systématiquement de croire à la détresse chez beaucoup de médecins, à l'impossibilité matérielle, pour ceux-ci, de continuer les aumônes exigées, le couteau sur la gorge, par les collectivités et d'autres mendiants soi-disant philanthropes.

Le « Concours médical », le « Sou médical », avaient bien envoyé dans les lycées, vers 1899, l'excellent rapport du Dr Gouffier sur l'encombrement professionnel.

L'Association Générale avait bien pris, l'an dernier, la résolution de *faire le même geste*.

A cette heure encore, sur la proposition du Dr Vigne, rédacteur en chef de l'*Avenir médical*, toutes nos Sociétés groupent leurs efforts pécuniaires pour renseigner les familles sur le sort que notre profession réserve à leurs enfants.

Il en est même de hardis parmi nous, mais d'imprudents aussi, cela paraît démontré, qui envisagèrent la création d'un grand quotidien où l'on pourrait enfin parler librement de cette question capitale : « Où aboutira la protection de la santé publique, si on continue d'organiser méthodiquement, par les mœurs et par la loi, la ruine du praticien déjà réduit à la gêne profonde. »

Mais tout cela n'aboutissait pas.

Le problème à résoudre était donc toujours là, quand, l'autre semaine, apparut, à toutes les vitrines des libraires, un livre, un roman, portant ce titre impressionnant : « Pauvres Docteurs ! »

J'étais inquiet, en l'achetant sans plus d'examen, car nous ne sommes guère habitués à trouver tendresse, bienveillance, ou même simple justice à l'égard des médecins, dans le roman moderne.

J'y allai pourtant de mes 3 fr. 50, avec quelque confiance, quand je lus la signature d'auteur du Dr Lucien Nass et l'indication d'une préface du Pr Pinard. Je n'ai rien à regretter, car j'ai fait une trouvaille.

Oui, une trouvaille.

J'ai lu et relu « Pauvres Docteurs ! »

A quelque point de vue que je me place, j'arrive à conclure que c'est là le livre auquel nous devons faire faire son chemin pour la solution du problème dont je parlais tout à l'heure.

Au point de vue littéraire, déclinant toute compétence, je me bornerai à dire qu'il m'a paru

au-dessus de ce que j'ai pu lire, comme roman, depuis quelques années.

Au point de vue social, il peut se faire que des « snobs » le déclarent un peu « pompier », mais je suis pour les « pompiers » contre « les snobs ».

Reste le point de vue professionnel, et je m'y arrête. Notre confrère a gravé dans son livre toutes les idées que le Concours médical souhaitait de voir pénétrer dans le public. Il l'a fait sous une forme saisissante, prenante, dont le souvenir et l'impression resteront, et il a si parfaitement atteint ce résultat que je ne désespère pas de voir le théâtre trouver là des traits suffisants pour faire palpiter une salle en faveur d'une belle thèse, si quelque Brieux voulait y appliquer son art.

Aussi, fidèle aux habitudes de notre maison, je passe des paroles aux actes en invitant tous les médecins à acheter le volume (éditeur : Albin Michel, 59, rue des Mathurins, Paris); à le lire et à le faire lire à tous ceux qui les entourent, aux familles bourgeoises, aux jeunes gens, aux élèves des collèges surtout ; à organiser, pour le répandre, une réclame dépourvue de toute pudeur et de toute crainte à l'égard de la suspicion commerciale ou du plaidoyer *pro domo.*

Et, au nom du « Concours médical », j'adresse à M. le Dr Lucien Nass, un cordial remerciment, car il n'eût pas fait mieux pour notre bonne cause en écrivant sous l'inspiration directe des Conseils de nos Sociétés de défense professionnelle.

Dr H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Diagnostic précoce des oreillons.

A mesure que les médecins s'aperçoivent de la supériorité de la prophylaxie et de l'isolement prématuré contre les maladies infectieuses, les recherches sur les moyens de faire le diagnostic précoce de ces affections se multiplient.

Ainsi, MM. les Drs Braun et Marotte, médecins-majors, attirent l'attention, dans les *Archives de Médecine militaire* (no 15), sur un signe qui peut être fort utile pour établir le diagnostic précoce des oreillons, signe qui est indiqué par la plupart des auteurs, mais sur lequel on insiste insuffisamment. Il s'agit de la saillie caractéristique que vient faire, dans ces cas, sur la muqueuse buccale, *l'orifice enflammé du canal de Sténon.*

A l'état normal, cet orifice, qui se trouve situé un peu en avant du collet de la deuxième grosse molaire supérieure, est une sorte de fente étroite, dont la recherche n'est pas toujours des plus aisées. Chez le malade atteint d'oreillons, il se présente avec deux variétés de caractères : on voit, en effet, tantôt une saillie mamelonnée, du volume de la tête en verre d'une épingle, avec, au centre, un orifice entouré complètement d'une auréole violacée ecchymotique ; tantôt, au contraire, un véritable opercule, formé par une boursouflure de la muqueuse, cachant au-dessous de lui l'orifice du canal de Sténon, qui offre le même aspect que précédemment.

Ce n'est donc, dans ces derniers cas, que par le soulèvement de l'opercule qu'on peut apercevoir l'orifice du conduit, dont la lésion, grâce à cette particularité, risque fort de passer inaperçue.

A travers cet orifice enflammé, on ne voit généralement sourdre aucune gouttelette liquide.

Le signe qui précède concorde avec la localisation de la fluxion, si minime que puisse être celle-ci. C'est ainsi qu'on l'observe uniquement à droite, lorsque la parotide de ce côté est seule atteinte ; à gauche, lorsque la glande gauche est en jeu ; des deux côtés à la fois, lorsque la fluxion est elle-même bilatérale. Il est bon de noter, toutefois, que la saillie de l'orifice est alors plus accentuée du côté droit. Elle peut, enfin, être observée, sans aucune tuméfaction de la parotide, dans des cas d'oreillons sous-maxillaires ou sub-linguaux.

Ce signe est connu depuis longtemps, puisque c'est Moursou qui le décrivit le premier en 1868, mais MM. Braun et Marotte insistent surtout sur sa *constance*, sur sa *précocité* et sur son caractère *éphémère.*

En effet, tandis que la plupart des auteurs l'indiquent comme étant très variable, ces observateurs déclarent qu'il est constant et l'ont constaté constamment sur une série de 62 cas d'oreillons dont plusieurs étaient frustes, sans manifestations parotidiennes, ou localisés sur les glandes sous-maxillaires ou sublinguales.

Ce signe est précoce, car M. le Dr Mouiset dit avoir pu prédire l'apparition des oreillons chez des enfants qui n'avaient encore que de la fièvre et un malaise général, mais qui présentaient en outre la saillie ecchymotique de l'orifice du canal de Sténon.

Dans une épidémie citée, les auteurs ont vu cette saillie si caractéristique précéder, de 24 et même de 48 heures, l'apparition de la tuméfaction glandulaire ; c'est-à-dire prendre place dans le cortège des symptômes, à la fin de l'incubation, avant la période d'invasion.

Enfin ce signe est *éphémère.*

La turgescence de l'orifice du canal excréteur est de courte durée. Elle disparaît souvent plus tôt que la fluxion parotidienne. Jusqu'au 4e jour, on perçoit encore nettement la saillie mamelonnée, qui borde l'orifice papillaire, mais, déjà, la coloration de celui-ci n'est plus ecchymotique et il ne persiste généralement, pendant une huitaine de jours, qu'un petit point noir, seul trace de l'ecchymose disparue ou en voie de disparition.

En somme, étant donné que la période de contagiosité paraît être au maximum dans les derniers jours de l'incubation, 48 heures avant les tout premiers phénomènes (Rendu), tout signe qui permettra de pratiquer l'isolement à ce moment précis rendra service à la prophylaxie et méritera d'être pris en sérieuse considération. (*Revue médicale.*)

Dangers de l'ingestion des bacilles tuberculeux tués par la chaleur.

MM. A. Calmette et M. Breton, de Lille, ont fait de très intéressantes expériences sur les ré-

sultats que donne chez les cobayes l'ingestion de bacilles tuberculeux traités par la chaleur à 100° Voici, selon leur propre description, le détail d'une série de leurs expériences :

« Nous avons fait ingérer à six cobayes adultes, d'un poids variant de 450 à 500 grammes, 2 centigrammes de bacilles secs ; six autres cobayes de même poids ont reçu dans le péritoine 1 milligramme des mêmes bacilles. Quinze jours après, nous leur avons fait ingérer, en six repas séparés les uns des autres par un intervalle de cinq jours, chaque fois, 5 milligrammes de bacilles bovins chauffés à 100° pendant cinq minutes et incorporés à de la pulpe de carottes râpées.

« Quatre cobayes témoins ingéraient en même temps que les précédents la même dose de bacilles chauffés à 100°.

« Tous les cobayes infectés par les voies digestives ont rapidement maigri et sont morts successivement après 37, 41, 43, et 48 jours, soit en moyenne en *41 jours* avec des lésions viscérales peu développées.

« Leurs reins étaient décolorés et volumineux. Ils présentaient, en outre, de l'hypertrophie des capsules surrénales et du foie, dont les tissus montraient sur les coupes des lésions de dégénérescence granulo-graisseuse.

« Les cobayes de la seconde série, infectés à la même dose par injection intrapéritonéale, sont tous morts successivement après 28, 31, 32, 33 et 35 jours, soit en moyenne en *31 jours*, avec les mêmes lésions rénales que les précédentes et une tuberculose généralisée à tous les viscères. Deux d'entre eux avaient les poumons fortement tuberculisés.

« Sur les quatre cobayes témoins qui ont ingéré seulement les bacilles stérilisés par le chauffage à 100°, deux sont morts après 37 et 38 jours et les deux autres sont demeurés en bonne santé, après avoir un peu maigri. Ceux qui ont succombé ne présentaient aucune lésion tuberculeuse, mais les reins étaient décolorés, les capsules surrénales et le foie considérablement augmentés de volume.

« Ces altérations anatomiques, trouvées avec une remarquable constance chez tous nos animaux, sont identiques à celles que l'on observe chez les cobayes auxquels on fait ingérer de petites doses répétées de *tuberculine*. »

MM. Calmette et Breton concluent :

1° Que, chez les cobayes infectés de tuberculose soit par les voies digestives naturelles, soit par injection intra-péritonéale, l'*ingestion répétée* de petites quantités de bacilles tuberculeux *tués par l'ébullition* hâte considérablement la mort, comme le ferait l'injection répétée de petites doses de tuberculine.

2° Que chez les cobayes sains, l'ingestion répétée de bacilles tuberculeux tués par l'ébullition n'est pas inoffensive et produit parfois des désordres absolument semblables à ceux que l'on observe lorsqu'on fait ingérer, à peu de jours d'intervalle, plusieurs petites doses successives de tuberculine à des animaux non tuberculeux.

Des expériences actuellement en cours, faites en collaboration avec C. Guérin sur les grands animaux (bovidés et chèvres), nous apprendront bientôt si ces conclusions doivent être étendues à d'autres espèces animales sensibles à l'infection tuberculeuse.

Mais nous croyons devoir, dès maintenant, appeler l'attention des médecins et des hygiénistes sur ce fait que l'ingestion de produits tuberculeux, *même stérilisés par la chaleur*, peut être très dangereuse pour les sujets déjà infectés de tuberculose, et peut ne pas être inoffensive pour les sujets indemnes de cette maladie. *On devrait donc proscrire de l'alimentation de l'homme le lait, même stérilisé, provenant de vaches tuberculeuses*, la stérilisation par la chaleur ne suffisant pas à enlever à ce lait toute nocuité. *On devrait surtout éviter d'une manière absolue de nourrir des enfants et des sujets adultes, déjà tuberculeux avec les laits, même stérilisés provenant de vaches suspectes ou tuberculeuses*

Il est éminemment désirable que la connaissance de ces faits nouveaux décide les pouvoirs publics à édicter des mesures tendant à astreindre les producteurs de lait destiné à la vente à une surveillance rigoureuse de leurs étables et les obligent à soumettre périodiquement tous leurs animaux à l'épreuve de la tuberculine par les soins des vétérinaires sanitaires.

Diagnostic précoce de la perforation intestinale typhique.

D'après M. Meakins (*Montréal méd. Journ.*, et *gaz. des Hôpitaux*), le début des symptômes de perforation est habituellement soudain. Une *douleur subite* s'observe dans 84 p. 100 des cas. Le plus souvent elle est diffuse ; parfois elle irradie dans une ou plusieurs directions particulières. La *sensibilité à la pression* est constante : c'est un signe précoce très important. La *contracture* a été observée 24 fois ; elle apparaît en moyenne douze heures après les premiers symptômes.

Les signes suivants n'ont qu'une importance de second plan : les *nausées* et les vomissements ont été notés dans 46,8 p. 100 des cas. Les *sueurs* constituent un signe tardif ; il en est de même du *hoquet* qui a été observé trois fois. Le *pouls* et la *température* ne sont pas des signes précoces. Dans 10 cas une accélération de la *respiration* est apparue au bout de trois heures et dans 20 cas au bout de cinq heures. L'aspect du *facies* est un signe infidèle. Il n'en est pas de même de l'arrêt de la respiration « abdominale ».

Le *toucher rectal* peut donner parfois un renseignement précieux en permettant de déterminer un point maximum douloureux à droite plus rarement à gauche. La numération des leucocytes est sans valeur comme signe précoce.

En résumé, il est dangereux, pour opérer, d'attendre l'apparition des symptômes de perforation décrits dans les traités. L'exposé qui précède montre l'importance relative qu'on doit attacher aux différents signes. La douleur, même légère, se place au premier plan, puis viennent la sensibilité et la contracture. Les autres signes indiquent des stades plus ou moins avancés de la perforation. Un examen attentif et souvent répété est nécessaire. D'ailleurs, il vaut mieux en cas de doute faire une laparotomie exploratrice que d'opérer trop tard.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE PRATIQUE

Le dépistage de la tuberculose pulmonaire.

La lutte contre la tuberculose prend de jour en jour plus d'âpreté et plus de valeur scientifique. La thérapeutique a fait de notables progrès, quoiqu'elle demeure encore bien insuffisante, mais la prophylaxie paraît devoir procurer de plus sérieux résultats. Aussi, de toutes parts, s'attache t-on à rechercher les moyens d'assainir les villes et les habitations, de diminuer les poussières, de désinfecter les objets et les lieux contaminés par les malades, d'augmenter l'éclairage et la ventilation des locaux habités, de contrôler la salubrité des aliments et des boissons, de détruire chez les peuples la funeste passion de l'alcool.

A tous ces importants problèmes d'hygiène, M. le Professeur GRANCHER a joint un nouveau et passionnant sujet d'études, la recherche précoce de la tuberculose pulmonaire dans le jeune âge, ce qu'il appelle du nom pittoresque de *Dépistage de la tuberculose pulmonaire chez l'écolier*. « L'enfant, dit-il, est assez fréquemment contaminé ; mais si l'on dépiste suffisamment à temps les premières atteintes du mal, on peut facilement aider la nature à triompher du bacille envahisseur, et. par conséquent, on peut favoriser la cure précoce. »

Toute la question est là en effet ; découvrir de bonne heure la maladie et la guérir, pour en empêcher l'évolution ultérieure et la progression lente jusqu'à l'âge adulte.

I

MOYENS DE DIAGNOSTIC PRÉCOCE.

M. le Prof. A. ROBIN a préconisé récemment un procédé de diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par la spirométrie et la mesure de l'activité des échanges respiratoires. Selon l'éminent chimiste biologiste, on peut prédire sûrement l'évolution ultérieure de la terrible maladie chez tout sujet dont le coefficient des échanges gazeux, oxygène et acide carbonique, est très élevé. D'autres auteurs ont insisté sur la valeur pronostique, au même point de vue, de l'élévation de la température centrale et de l'intensité des combustions. A côté de ces moyens, M. A. Robin a encore recours aux analyses fréquentes d'urine et à la recherche des coefficients de déminéralisation.

Ce sont là des méthodes fort rationnelles et, sans contredit, très rigoureuses, mais sont-elles véritablement à la portée des praticiens et, tant que l'on n'indiquera pas aux praticiens un procédé de recherche vraiment à leur portée, croit-on pouvoir espérer que le diagnostic précoce de la tuberculose soit suivi de résultats palpables.

M. le Prof. GRANCHER a signalé, depuis de longues années déjà, tout le parti que l'on peut tirer de l'auscultation méthodique des poumons et en particulier de l'auscultation de l'INSPIRATION.

« Quand le moindre petit tubercule débute au voisinage d'une bronchiole, les caractères de l'intensité, de la durée, du timbre de l'inspiration sont modifiés d'une façon appréciable. Le murmure vésiculaire présente au moment de l'inspiration, un moelleux comparable au bruit du vent dans les taillis, quand l'appareil respiratoire est sain. De nombreuses recherches nécropsiques ont montré que la moindre rugosité, le moindre nodule développé dans les parois lobulaires ou bronchiques, était susceptible de changer le timbre de ce murmure inspiratoire. Auscultez l'inspiration ; négligez de porter votre attention sur l'expiration, qui n'a pas de valeur, quand les nodules tuberculeux sont tout à fait au début. Par la volonté, on peut facilement faire cette sélection et n'écouter que l'inspiration. »

Pour bien saisir les différences susceptibles de se produire dans l'inspiration, il faut ausculter un grand nombre de sujets sains et entraîner ainsi l'oreille à la perception du murmure normal. On se rend compte, de cette manière, que le timbre, la durée et l'intensité de l'inspiration sont absolument semblables des deux côtés chez l'enfant et que, contrairement à une opinion très répandue, cette inspiration n'est pas plus rude à droite qu'à gauche. Lorsqu'on perçoit une dissemblance, on peut être assuré qu'il existe une lésion. Toute la difficulté est de préciser le côté sain et le côté malade.

Il est nécessaire, en effet, de bien établir la classification des diverses étapes que l'évolution progressive de la tuberculose fait parcourir aux modifications de l'inspiration.

La première étape produit une inspiration rude.

La deuxième étape se traduit par une inspiration faible, sourde et étouffée.

La troisième étape se révèle par une inspiration saccadée ou soufflante.

La quatrième étape se confond avec le début de la tuberculose pulmonaire, d'après Laënnec, et s'annonce par une modification des deux temps de la respiration : respiration rude et expiration prolongée. A ce degré, la maladie est déjà fort grave et la curabilité n'en est pas assurée. Au contraire, aux trois premières étapes, l'hygiène bien réglée, la ventilation pulmonaire et la suralimentation suffisent pour ramener la santé parfaite ; c'est à ce moment que la tuberculose est vraiment curable.

L'auscultation de l'inspiration permet, non seulement de dépister les granulations isolées commençantes, mais encore l'adénopathie trachéo-bronchique, qui est très fréquente chez l'enfant, principalement après la coqueluche, après la rougeole et qui est trop souvent le résultat d'une première lutte de l'organisme contre l'invasion bacillaire.

La coexistence d'une zone de submatité au niveau du bord spinal d'une omoplate et d'une inspiration soufflante dans la fosse sous-scapulaire ou sur le bord spinal de l'omoplate, indiquent la présence de cette adénopathie. On remarque souvent aussi, en même temps que l'inspiration soufflante, une expiration rude et prolongée.

Tels sont les moyens dont dispose le praticien

pour dépister assez rapidement les premières atteintes de la tuberculose pulmonaire ; nous sommes bien en avance sur l'époque où se montrent les signes indiqués par Laënnec et qui, en réalité, font diagnostiquer le mal quand il est déjà presqu'irréparable et quand les lésions sont trop avancées. Reste maintenant à apprendre à s'en servir et à savoir appliquer cette méthode dans la pratique. C'est ce que nous allons exposer maintenant.

II

EXAMEN D'UN MALADE POUR DÉPISTER LA TUBERCULOSE

Nous prendrons un exemple sur le vif et nous décrirons la manière dont procèdent M. le prof. Grancher et ses élèves pour faire le dépistage de la tuberculose chez les enfants des écoles de Paris. L'enfant est déshabillé et ne conserve que son pantalon ; le thorax est entièrement nu jusqu'à l'ombilic. On fait le pesage, puis la mensuration de la longueur de l'enfant, enfin la mensuration du thorax au niveau des mamelons et de l'angle inférieur des omoplates en notant séparément le périmètre de chaque côté, droit et gauche. L'inspection du thorax permet de se rendre compte de la présence de déformations costales ou vertébrales (mal de Pott, rachitisme, scoliose), de veines cutanées très dilatées, de ganglions lymphatiques axillaires et cervicaux engorgés. La grande maigreur des parois thoraciques, l'abondant développement du système pileux, l'existence de lésions lupiques à la face, sont des signes fort importants qui doivent être notés en faveur de la tuberculose.

La palpation permet de contrôler la plus ou moins facile transmission des vibrations thoraciques, et le volume des ganglions axillaires engorgés. La percussion révèle une plus ou moins grande sonorité d'un des deux poumons, ou une zone de submatité au niveau du hile, le long du bord spinal de l'omoplate.

Enfin, l'auscultation est pratiquée méthodiquement en avant, au-dessus et au-dessous des clavicules, puis en arrière, au-dessous des épines scapulaires, le long des bords spinaux des omoplates et sous chaque aisselle. Seule, L'INSPIRATION fixe l'attention : est-elle rude à un sommet ou à la partie moyenne d'un des poumons ? C'est une première étape de tuberculose latente, même si l'on ne trouve aucun signe de submatité à la percussion. — Est-elle obscure, assourdie, faible dans un des lobes pulmonaires ? — Déjà, des tubercules se sont agglomérés et diminuent la perméabilité des bronchioles ; c'est une deuxième étape, un peu plus avancée que la première, mais encore facilement curable. Enfin, l'inspiration est soufflante ou saccadée, au niveau d'un des hiles pulmonaires ou sous l'une des aisselles ? — C'est une adénopathie bronchique ou une tuberculose à la 3e étape, toujours latente, toujours peu saisissable pour une oreille non exercée.

Ces faits cliniques sont loin d'être des vues de l'esprit et des hypothèses de cabinet, comme semble le dire M. le Dr Variot dans un récent article de la *Clinique infantile* (1er fév. 1906, n° 3) où il semble nier toute valeur au système de dépistage du professeur Grancher.

Nous avons, pour notre part, coopéré avec les élèves du professeur Grancher à plusieurs examens d'enfants des écoles de Paris et, quoique nous ayons commencé avec le plus grand scepticisme, nous avons parfaitement reconnu la réalité des descriptions de ces Messieurs. La sélection, opérée parmi les enfants, au moyen du procédé indiqué a toujours été confirmée par un interrogatoire approfondi et une enquête minutieuse auprès des parents qui accusaient constamment une tuberculose de famille.

Les résultats fournis par les recherches du professeur Grancher sont les suivants : 15 0/0 des enfants de la population scolaire sont atteints de lésions tuberculeuses à la 1e, à la 2e ou à la 3e étape. Ce qui fait dire à M. Variot :

« Si ces chiffres devaient être considérés comme exacts, il y aurait à Paris 48.600 enfants, soit 1 sur 7, porteurs d'une *tare pulmonaire* tuberculeuse.

« Voilà bien, suivant le langage à la mode, une véritable armée de jeunes tuberculeux pulmonaires, sans compter les enfants atteints d'autres tuberculoses locales. »

Malheureusement, la constatation n'est que trop exacte, et les explications que fournit M. Variot pour interpréter les différences dans l'auscultation des deux poumons, les prétendues lésions d'emphysème, très fréquentes, selon lui, dans les bords antérieurs et même aux sommets, ne nous paraissent pas de nature à faire échec aux réelles découvertes de M. Grancher.

Il est temps d'en finir avec les méthodes décevantes, qui ne nous promettaient que le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au moment où elle a déjà tellement ravagé les poumons qu'une thérapeutique active n'offre plus grande utilité. Il ne faut plus que des rivalités de personnes stérilisent des recherches dont la valeur scientifique peut être aisément vérifiée. Appliquez, sans parti pris, la méthode ; prenez un sujet bien normal, qui servira d'étalon ; examinez, ensuite, par comparaison, les autres sujets, mettez-vous bien dans l'oreille le murmure vésiculaire normal et n'écoutez que l'inspiration seule ; auscultez ensuite, un autre enfant d'apparence chétive, débile, anémiée, atteint d'une petite toux sèche ou de crachottements plus ou moins névropathiques, vous rencontrerez, peut-être, cette différence de timbre et d'intensité dans l'inspiration, que vous n'aurez plus qu'à interpréter et à localiser à droite ou à gauche.

Une petite difficulté gêne parfois ces recherches d'auscultation : c'est la coexistence d'un peu de catarrhe bronchique ; il faut en être prévenu et se contenter de mettre l'enfant ainsi atteint en observation. Un mois ou deux mois plus tard, on procède de nouveau à un examen complet du sujet et on peut préciser les premières perceptions. Avant de nier, qu'on se donne la peine d'étudier et d'appliquer.

Dr Paul HUGUENIN.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Traitement des rétrécissements de l'urètre.

Par le Dr E. DESNOS.

Si la question du traitement des rétrécissements de l'urètre est *encore controversée*, c'est que les lésions qu'on désigne sous cette déno-

mination générale sont très diverses dans leur nature, leur évolution, leur résistance aux agents thérapeutiques, et que beaucoup de personnes ont voulu appliquer à toutes les formes un seul et unique procédé. Entre une simple bride, un rétrécissement mou et sans résistance, et ces urètres calleux, à parois ligneuses, hérissées de saillies qui en bouchent la lumière, échelonnées du méat au bulbe, il existe un véritable abîme dans l'importance et la gravité des désordres anatomiques.

Un diagnostic aussi précis que possible s'impose donc. En quelques mots, en voici les éléments : ne pas attacher une grande importance aux déformations (aplatissement, bifidité) du jet qui tiennent surtout aux lésions concomitantes d'urétrite, lesquelles existent aussi sans rétrécissement ; la diminution de la force de projection, la lenteur véritable n'existent que dans les degrés avancés de stricture et s'observent aussi dans d'autres affections (hypertrophie prostatique, paralysie vésicale, etc.). L'examen de l'urine à travers un verre transparent s'impose, ainsi que la recherche de l'existence des filaments, du trouble en masse, notions capitales pour établir si la région est infectée. On commencera par explorer l'urètre en palpant sa face externe pour se rendre compte de la souplesse ou de l'induration des parois, des saillies, des dépressions, toutes notions essentielles pour le traitement. Avec les précautions connues, on fera alors l'exploration intra-urétrale avec un explorateur de gomme à boule terminale, seul instrument susceptible de donner des indications précises ; on commencera par une boule de dimension moyenne, 18 à 20, en notant les points où elle butera ; puis on en introduira d'autres de plus en plus petites jusqu'à pénétration dans la prostate où on peut dire, en pratique générale, que les rétrécissements n'existent pas. On a ainsi les notions indispensables sur le nombre, l'étendue, l'épaisseur, presque toujours synonymes d'induration, et le degré d'infection du rétrécissement. Enfin le toucher rectal, combiné avec le palper hypogastrique, rendra compte des *lésions de prostatite concomitante*, du degré de rétention d'urine ; on terminera par une exploration des régions urétérales et rénales.

Prenons tout d'abord le cas le plus simple ; un rétrécissement unique, peu épais, bulbaire, avec peu ou pas d'infection urétrale concomitante, c'est celui-là, disons-le de suite, qu'on rencontre dans l'immense majorité des cas, celui aussi dont le traitement est le plus simple et contre lequel tous les procédés réussissent, ce qui explique, par parenthèse, les longues séries de succès qu'on a rapportées à l'actif de toutes les méthodes. Avant de les apprécier il importe de les faire connaître et je donnerai une description très sommaire des méthodes les plus usuelles : la dilatation progressive, l'électrolyse circulaire, l'électrolyse linéaire, réservant les urétrotomies, méthodes d'exception, pour une description ultérieure.

Aujourd'hui, la *dilatation progressive* reste la base du traitement des rétrécissements ; qu'elle soit pratiquée avec des bougies de gomme ou des béniqués, qu'elle constitue le traitement initial ou qu'elle serve de complément à un autre procédé, c'est toujours à elle qu'il faut avoir recours à un moment donné du traitement. C'est donc ce procédé qu'il importe de connaître avant tous les autres.

L'asepsie devra être absolue ; des fautes ou un oubli peuvent déterminer des accidents aussi graves qu'après une grosse opération chirurgicale. S'il s'agit de bougies de gomme, savonnage immédiatement après l'usage, rinçage à l'eau bouillie, séchage, conservation dans un milieu aseptique ou antiseptique (récipient à trioxyméthylène de préférence) ; immersion pendant 10 minutes avant l'usage, dans une solution de nitrate d'ar-d'argent à 1/1000, nettoyage des mains, du gland, du méat ; champ aseptique autour de la verge. Une irrigation de l'urètre antérieur n'est utile que s'il suppure. Toutes ces précautions sont très simples et faciles à observer dans la pratique, à la ville comme à la campagne.

On saisit la bougie en ne touchant qu'à la grosse extrémité et on la plonge dans de l'huile d'olive ou de la vaseline préalablement bouillie (la stérilisation de l'huile ne persiste que 24 heures lorsque le flacon a été débouché) ou avec de la vaseline stérilisée conservée dans des tubes malléables.

Le numéro choisi correspond au calibre de rétrécissement préalablement déterminé par l'explorateur à boule. On introduit une première bougie d'un numéro ou deux au-dessous du calibre connu, lentement, doucement et complètement.

On ne rencontre guère de difficultés d'introduction qu' au niveau du cul-de-sac du bulbe ; on les attribue généralement à un spasme urétral, qui est rare, tandis que presque toujours c'est l'extrémité de la bougie qui vient buter dans le cul de-sac du bulbe. Aussi faut-il, en pareil cas, ramener la bougie de quelques centimètres en avant, tendre fortement la verge en la relevant de la main gauche et enfoncer de nouveau la bougie avec le plus de douceur possible.

On la retire immédiatement, dès qu'elle est au bout de sa course, et on la remplace par le numéro immédiatement supérieur qu'on conduit de même.

Il faut noter avec soin les sensations de résistance que l'on éprouve et ne jamais user, non pas de violence mais même de force ; la bougie doit glisser presque d'elle-même, et il faut suspendre la séance dès qu'une résistance est rencontrée. On laissera un intervalle d'au moins 48 heures entre les séances, les réactions de l'urètre serviront de guide à la répétition plus ou moins éloignée des manœuvres. On recommencera la séance suivante par un numéro inférieur au dernier passé et on s'inspirera des mêmes principes de prudence et de douceur.

Les bougies de gomme suffisent dans la pratique courante. Les bougies métalliques à grande courbure, dite de Béniqué, sont utiles dans des cas dont nous préciserons plus loin les indications. Les règles du cathétérisme avec des instruments à grande courbure sont connues et les précautions d'asepsie doivent être également absolues ; le flambage, l'étuve ou l'ébullition en rendent d'ailleurs l'application encore plus facile que pour les instruments de gomme. On poursuit ainsi la dilatation jusqu'à ce qu'on ait atteint la limite de la dilatabilité, sans préciser de chiffre absolu : nous aurons à revenir sur cette question de la limite dont l'importance est très grande.

L'électrolyse circulaire ou *lente* consiste à introduire au niveau ou dans la lumière du rétrécissement une électrode métallique qu'on met en communication avec le pôle négatif d'une pi-

le, pendant que le positif est placé sur la cuisse du malade ; on fait passer un courant très faible, de 4 à 5 milliampères en moyenne.

Newmann, inventeur de la méthode, se servait primitivement d'une olive métallique d'un calibre très légèrement supérieur à celui du rétrécissement préalablement reconnu ; il la conduisait en avant de l'obstacle sur lequel il exerçait une légère pression pendant le passage d'un très faible courant et, au bout de quelques minutes, l'olive s'engageait et passait. Plusieurs auteurs, Bordier, Bergonié entre autres, ont apporté des modifications à ce procédé et nous-mêmes avons démontré que les résultats étaient plus rapides et plus durables si à l'action d'électrolyse on ajoutait simultanément une légère action dilatatrice. Nous avons fait construire à cet effet des bougies de Béniqué recouverte d'un vernis isolant jusqu'à deux centimètres environ de leur extrémité ; celle-ci, en forme de cône allongé et munie d'une bougie conductrice, est introduite dans le rétrécissement sur lequel elle exerce une légère pression pendant qu'on fait passer un courant de 4 à 8 milliampères pendant 5 minutes environ.

L'instrumentation peut encore être simplifiée : un béniqué ordinaire suffit le plus souvent, il est en effet indifférent que les parties saines de l'urètre soient en contact avec le courant en raison de sa faible intensité. Même dans quelques cas de rétrécissements multiples échelonnés sur toute la longueur de l'urètre, il en résulte un assouplissement des parois indurées. On fixe alors simplement l'extrémité d'un fil conducteur au manche du Béniqué et on agit comme je viens de l'indiquer.

Les séances doivent être assez espacées, de huit jours au moins, car c'est dans leur intervalle que les modifications des parois des strictures se produisent.

L'électrolyse dite linéaire ou *rapide* dérive des premières tentatives de Mallez et de Tripier. La disposition générale des instruments employés aujourd'hui est calquée sur celle de l'urétrotome de Maisonneuve. Celui de Jardin, qui offre le plus de sécurité, se compose de 3 pièces : une bougie conductrice, une glissière courbe et cannelée et une lame non coupante de platine ; la bougie conductrice a le grand avantage d'être introduite isolément ; on peut ainsi à l'aide d'une tige droite s'assurer qu'elle pénètre bien dans la vessie sans se plier ; on évite ainsi qu'elle s'y rompe, accident sans gravité, mais souvent fâcheux pour le malade et le chirurgien. On visse sur elle un conducteur muni d'une cannelure dans laquelle chemine une lame de platine, non coupante, qui sectionne le rétrécissement par l'action d'un courant électrique d'une intensité variable, toujours assez élevé. D'autres chirurgiens, MM. Fort, Lavaux, entre autres, ont réuni les trois pièces en une seule ; ces instruments sont munis soit d'une soit de deux lames de platine pour agir sur une seule ou sur les deux parois de l'urètre à la fois.

La technique est simple ; la lame est portée sur le rétrécissement en avant duquel elle est maintenue appuyée sans pression : une électrode positive étant appliquée sur la cuisse, on fait passer un courant d'une intensité variable, oscillant entre 12 et 30 milliampères. En quelques minutes le rétrécissement doit être divisé ; une fois que la lame l'a franchi, on la retire et l'opération est terminée. Suivant certaines personnes qui pratiquent l'électrolyse, la dilatation progressive serait ultérieurement nécessaire ; elle est inutile suivant d'autres.

Indications générales.

Ainsi que je l'ai dit au début, dès qu'on a posé le diagnostic de rétrécissement simple, dès qu'on sait qu'on a affaire à une stricture plus ou moins étroite, molle, peu épaisse, peu étendue, et que l'urètre et l'appareil urinaire ne sont pas infectés, le traitement est également des plus simples et tous les procédés doivent donner des séries de succès ininterrompus.

La dilatation progressive est assurément la méthode qui répond le mieux à ces indications. Il est difficile d'imaginer rien de moins compliqué que l'introduction de 2 ou 3 bougies dans le canal, en les retirant aussitôt et en répétant ces manœuvres tous les 2 ou 3 jours. Les modifications utiles, on le sait, se font dans l'intervalle de séances ; aussi ne doit-on pas chercher à gagner immédiatement beaucoup de terrain ; c'est, je le répète, une méthode de douceur par excellence, et elle ne devient mauvaise que lorsqu'on lui demande ce qu'elle n'est pas faite pour donner : la rapidité dans le résultat. J'étudierai dans un instant les indications des méthodes rapides, mais il faut choisir entre l'une ou l'autre et ne pas créer un procédé mixte consistant à employer une force un peu plus grande, au risque d'amener de petites fissures, des déchirures dont on ne peut mesurer l'étendue et des saignements prolongés. Le moindre inconvénient serait une réaction violente de l'urètre, lente à s'apaiser, qui obligerait à laisser un intervalle fort long entre les séances et allongerait le traitement.

Il est cependant un procédé qui, tout en ayant les mêmes avantages que la dilatation progressive, dont il n'est qu'un dérivé, permet d'aller plus vite, je veux parler de l'électrolyse circulaire. Lorsque le Béniqué est en place et qu'on s'est assuré qu'il n'est pas trop enserré par l'anneau strictural, on le met en communication avec le pôle négatif d'un courant très faible qu'on laisse passer pendant 5 ou 10 minutes. Dans la plupart des cas, le travail de régression qui s'accomplit dans l'intervalle des séances est beaucoup plus marqué et, tout en ne visant qu'un progrès lent, il arrive que l'on a la bonne surprise de voir un gain énorme, atteignant parfois une dizaine de numéros, se produire entre deux séances. Ces cas sont exceptionnels ; mais, presque toujours la dilatation se fait plus vite et se maintient mieux. Il existe d'autres indications de l'électrolyse circulaire, plus étendues et plus spéciales : nous les retrouverons en parlant des cas compliqués. Cette méthode mérite d'être connue et appliquée en pratique générale ; elle est assurément inoffensive et constitue un progrès sur la dilatation simple.

L'électrolyse linéaire peut être employée, à la condition expresse que l'intensité du courant ne dépasse pas 4 ou 5 milliampères, pendant un temps très court. C'est dire qu'elle n'est applicable qu'aux rétrécissements peu épais et peu étendus. En effet, dès que le courant prend une certaine intensité, ou se prolonge, son action cesse d'être linéaire et se diffuse. Les expériences que j'ai faites et dont j'ai publié les résultats, celles qu'a reprises M. Minet plus récemment, ne laissent aucun

doute à cet égard ; il s'agit d'une véritable cautérisation qui ne se limite pas au point touché par la lame de platine, mais s'étend dans une zone proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'application électrique. On trouve alors, sur tout un segment de l'urètre, des foyers hémorragiques, de véritables hématomes dont la régression aboutit à la formation d'un tissu cicatriciel rétractile. Aussi ne faut-il pas s'étonner que le rétrécissement se reproduise, mais au lieu de rester élastique et dilatable comme dans la plupart des rétrécissements blennorragiques, il devient dur, résistant et rétractile et affecte en un mot les caractères d'un rétrécissement traumatique. La crainte de produire cette fâcheuse transformation rend très restreintes les indications de l'électrolyse rapide.

D'une manière générale, les autres méthodes de traitement, dites méthodes de force, dilatation forcée, divulsion, urétrotomies, etc., ne vivent que des contre-indications des méthodes que nous venons d'étudier. Les états pathologiques qui en interdisent l'emploi peuvent se ranger en deux catégories, la résistance et l'infection.

Les résistances sont de plusieurs sortes. Dans un premier cas, le tissu du rétrécissement est tellement dur qu'il ne se laisse pas refouler par les bougies dilatatrices, les modifications de son tissu ne se produisent pas dans l'intervalle des séances, on les rencontre surtout après des traumatismes de l'urètre, soit violents, comme après une chute sur le périnée, soit léger et limité, comme après une rupture légère du corps spongieux pendant le coït. Plus rarement, les voit-on après des urétrites chroniques de longue durée. C'est ici que l'électrolyse circulaire trouve des indications toutes spéciales, et j'ai publié une série d'observations très démonstratives dans lesquelles la dilatation continuée sous toutes les formes avec une opiniâtreté inlassable, avait donné des résultats nuls ou éphémères ; l'électrolyse circulaire, appliquée avec régularité, a permis de ramener le calibre de l'urètre à la normale.

Il faut ajouter que l'application de cette méthode, dans ces cas mauvais, exige, de la part du chirurgien et du malade, une grande patience ; aussi, en présence de ces strictures indurées et multiples, séparées par des intervalles d'une muqueuse elle aussi profondément altérée, la durée du traitement par l'électrolyse circulaire n'est jamais inférieure à plusieurs mois ; mais les résultats sont toujours appréciables et, à moins de circonstances qui en empêchent l'application, on doit l'essayer avant de recourir à une méthode de force.

La résistance peut tenir à une autre cause : dans quelques urètres il est presque impossible d'exercer une pression sur le rétrécissement sans produire à son niveau et surtout en avant une réaction du tissu qui se traduit par la congestion, l'œdème de la muqueuse et un redoublement de l'urétrite concomitante. Il en résulte souvent, après chaque séance, un gonflement, tel que la dysurie est extrême, parfois la rétention absolue pendant plusieurs heures ; ailleurs, c'est un saignement continu qu'on observe.

Si plusieurs tentatives donnent les mêmes réactions, il faut renoncer à une méthode de douceur, car les électrolyses produisent ici les mêmes phénomènes, plus accentués encore.

Les autres indications tirées de l'infection des voies urinaires sont plus nombreuses et plus diverses. Le plus souvent, on est en présence d'une infection locale, d'une urétrite concomitante et, pour le dire de suite, il est bien rare qu'on n'observe pas de suppuration urétrale, lorsque la stricture a acquis une certaine étroitesse ; la suppuration est souvent peu abondante et n'apparaît pas au méat : ce n'est que dans l'urine qu'on retrouve des filaments. L'examen bactériologique des sédiments a donné de précieux renseignements ; la présence de micro-organismes d'ordre banal, comme il en existe dans l'urètre normal, n'a pas d'importance ; tandis que la constatation d'espèces telles que le coli-bacille, le streptocoque, etc., peut changer la ligne de conduite. Dans la pratique, cet examen n'est pas toujours possible et on doit pouvoir s'en passer ; la clinique se charge de répondre. Dans les cas d'infection urétrale seule, il est rare que les microbes soient très virulents : on est donc autorisé à tenter la dilatation progressive, avec le plus grand ménagement, surtout pour la première séance. Si la réaction locale est vive, si, surtout, la température augmente après une séance, l'existence d'infection grave est démontrée ; il faut s'arrêter et recourir à une méthode rapide. Si au contraire la réaction ne se manifeste que par une légère recrudescence de l'urétrite, il n'y a pas lieu de s'en inquiéter ; les séances seront seulement un peu espacées, et les lavages au permanganate de potasse ou à l'oxycyanure de mercure pratiquées régulièrement, mais le résultat peut et doit être bon.

Quand l'infection occupe la prostate et la vessie, la détermination est plus délicate. Bien souvent l'infection vésicale ne persiste que parce qu'il y a rétention d'urine complète (miction par regorgement) ou incomplète. Il est ici de toute nécessité de placer une bougie filiforme à demeure ; grâce à elle, dans la grande majorité des cas, l'évacuation se fait et le plus souvent l'infection disparaît, permettant alors de reprendre le traitement du rétrécissement comme dans les cas aseptiques. S'il n'y a pas de rétention ou si l'infection de la vessie persiste après son évacuation, on peut encore tenter la dilatation, mais avec la plus grande prudence, et on s'arrêtera dès que la fièvre ou la cystite apparaîtront ou augmenteront. Les mêmes règles sont applicables en cas de prostatite, plus rigoureuses encore, car le retentissement sur l'état général de la prostatite est beaucoup plus précoce et plus intense.

L'indication la plus précise d'une intervention rapide réside dans une infection des voies supérieures ; s'il s'agit d'un cas chronique, d'une pyélite simple qui ne donne lieu qu'à des symptômes locaux et retentit peu sur l'état général, il est permis d'instituer une méthode de douceur, mais en surveillant attentivement les phénomènes généraux : la moindre élévation de température est l'indice qu'une poussée aiguë se produit dans le rein et il faut suspendre le traitement ; si la poussée est violente, la menace est plus directe et une intervention rapide est commandée sans retard.

Dans les cas où on est appelé en présence d'une pyélo-néphrite aiguë sans distension, l'intervention est périlleuse, quelle qu'elle soit, et, à moins d'un gros danger imminent, il vaut mieux attendre et observer ; si la température s'abaisse, on profitera de cette occasion pour opérer, si elle reste élevée, on saura que la seule chance de guérison réside dans le rétablissement du calibre de

AFFECTIONS PULMONAIRES

TUBERCULOSE

BRONCHITES
RHUMES
TOUX



1 cuillerée à soupe = 1 gr.
THIOCOL ROCHE
= 0,52 Gaïacol crist.

COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE

PRIX 2f

1 comprimé = 0.50 gr. THIOCOL ROCHE = 0 gr. 26 Gaïacol crist.

Préparations gaïacolées idéales. D'un goût agréable. Supportées par les estomacs les plus délicats.

SE MÉFIER DES CONTREFAÇONS INACTIVES OU TOXIQUES

GYNÉCOLOGIE

DÉCONGESTION PUISSANTE

SÉDATION RAPIDE ET COMPLÈTE DES SOUFFRANCES

DIMINUTION DES PERTES

ACTION CALMANTE ÉNERGIQUE

*Les **TACHES** sur la peau et le linge disparaissent par simple lavage à **L'EAU**.*



F. HOFFMANN-LA ROCHE et Cie
7, rue Saint-Claude, 7
PARIS

l'urètre qui permettra une évacuation vésicale. On opèrera quand même, si sombre que paraisse le pronostic, car le souci d une bonne statistique ne doit pas arrêter le chirurgien.

Les circonstances paraissent plus graves encore quand il y a rétention rénale et qu'on se trouve en présence d'une pyonéphrose avec infection grave et élévation thermique. Dans ces cas, les lésions de l'uretère sont en général telles que l'élargissement de l'urètre ne suffit pas, il est indiqué de pratiquer une néphrotomie et de traiter l urètre ultérieurement et à froid. Ces cas exceptionnels ne nous retiendront pas.

La raison de l'indication d'une intervention rapide et radicale d'emblée tient au danger des petits traumatismes de l'urètre. Si léger que soit le traumatisme produit par l'introduction d'une bougie dilatatrice, il en résulte tout au moins une desquamation épithéliale, parfois une lésion un peu plus profonde, minime, mais appréciable : l'état d inflammation de la muqueuse la rend parfois si friable que non seulement un contact très doux, mais une simple irrigation à canal ouvert sans sonde et très faiblement poussée, ailleurs même le seul passage de l'urine, fait saigner le canal. Si la vessie ou les voies supérieures contiennent des agents infectieux, micro-organismes ou toxines, la porte d'entrée dans la circulation générale leur est ainsi largement ouverte et les accidents parfois formidables sont la réponse. Il en est de même après une cautérisation, électrolytique ou autre, au moment où le détachement progressif de l'eschare ouvre les voies lymphatiques.

Avec une méthode rapide, les conditions sont tout autres. Une lame d'urétrotome, par exemple, produit, il est vrai, une plaie d'une certaine étendue ; mais convenablement réglée, elle n'intéresse que le tissu fibreux du rétrécissement peu riche en lymphatiques et dont l'incision expose peu à la pénétration microbienne. De plus, aussitôt après, une sonde est introduite dans la vessie ; maintenue à demeure, elle assure l'évacution de l'urine infectée, source des accidents. Cette évacuation régulière produit l'asepsie de la vessie à laquelle des lavages appropriés contribuent. Pendant ce temps la plaie, protégée par la sonde contre le contact de l'urine septique, bourgeonne et se cicatrise et lorsqu'au bout d'un nombre de jours variable avec le degré d'infection, mais jamais inférieur à 2, on retire la sonde, l'urine peut passer impunément par le canal reconstitué.

Les méthodes rapides aujourd hui employées sont : la dilatation rapide ou méthode de Lefort, la divulsion et l'urétrotomie interne. Les deux premières méthodes procèdent par déchirure ou par éclatement du canal, lésions qu'il est impossible de limiter et qui s'étendent souvent plus loin que ne désire le chirurgien ; de plus, la plaie produite est sinueuse et anfractueuse et prédispose à l'infection. Aussi aujourd'hui est-ce presque uniquement à l'urétrotomie interne qu'on a recours dans les cas d'exception que je viens d'étudier, et l'exposé de ses indications et de sa technique fera l'objet d'un prochain article. Quant à l'urétrotomie externe et à l'urétrectomie, leurs indications sont rares et trop spéciales pour être contenues dans le cadre qui nous est imposé.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement du diabète sucré.

Le diabète est-il lié à une dystrophie de la fonction hépatique et à une hyperexcitation bulbaire comme l'a pensé Cl. Bernard ? est-il fonction, suivant l'opinion de Labadie-Lagrave, de la diathèse arthritique? De quel trouble physiologique est-il exactement la conséquence ? Il serait peut-être téméraire de le dire.

Quoi qu'il en soit, les traitements de cette affection ne manquent pas.

D'une façon générale le pronostic en est sombre On l'affirme fatal pour le diabète maigre.

Hirschfeld assure que le danger est moindre quand la production du sucre est inférieure à 10 grammes pour 100 gr. d'hydrate de carbone absorbés.

Quant au traitement il varie suivant les praticiens. Chauffard proscrit les alcalins pour les diabétiques maigres ; Huchard et Fiessinger sont également de cet avis.

Thomson prescrit aux malades maigres l'huile de foie de morue et les corps gras.

Ils semblent, en effet, mieux les supporter que les obèses. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Aux dyspeptiques, le lait rend de très précieux services à condition qu'ils ne soient pas, en même temps, des dilatés de l'estomac.

Vous voyez comme il est difficile de réunir toutes les conditions idéales d'un idéal traitement.

On a écrit : pas de sucre aux diabétiques, comme on avait écrit : pas d'albumine aux albuminuriques.

Est modus in rebus. Defale a permis, à un certain nombre de diabétiques en traitement, 35 grammes environ de sucre, par jour, et a vu, grâce à cette tolérance, leur glycosurie s'abaisser dans les proportions plutôt encourageantes de 95 %.

Nous parlons de la thérapeutique :

J'ai déjà dit que Thomson s'était bien trouvé de l'administration de l'huile de foie de morue. On a, tour à tour, préconisé les opiacés, la strychnine en injections hypodermiques, l'arsenic, les sels de lithine etc., etc.

Boigey prétend que le meilleur médicament anti-diabétique est la levure de bière.

Peut être Debouzy, de Wignehies, dont nous préjugeons ici l'avis, partage-t-il aussi cette opinion ?

Liebig et Gans ont utilisé le chlorure de sodium, mais nous ne pensons pas qu'ils en aient retiré bien grand profit.

Bouchard et Robin, en vue de diminuer l'acidité du sang des diabétiques, ont songé à préconiser les alcalins ; mais Trousseau a fait remarquer très justement qu'on peut tomber d'un excès dans l'autre et provoquer chez les diabétiques la « cachexie alcaline ».

On a dit : vivent les phosphates ! A-t-on songé à l'état de délabrement de l'estomac de certains diabétiques et à la difficulté d'assimilation de ces sels ?

Alors pourquoi pas les hypo-phosphites ? Sans doute, mais, chez les diabétiques en puissance de tuberculose, ils provoquent les hémoptysies.

Chez les diabétiques nerveux, le bromure et la belladone pourront rendre quelques services ;

quant à ceux qui sont atteints d'acétonurie.il faut, sous peine d'intoxication, s'abstenir d'administrer l'opium et ses composés.

La formule suivante, où nous nous sommes efforcé de réunir, à doses minimes, les médicaments les plus usuellement employés,nous a donné les meilleurs résultats dans le diabète sucré surtout chez les obèses.

Sulfate neutre de strychnine..	un milligramme
Arséniate de soude	un milligramme.
Salicylate de lithine.........	0 10 centigrammes
Extrait mou de kola.........	0,10 centigrammes
Santonine...................	0,01 centigramme.

pour 1 pilule ; 3 semblables par jour. Généralement le sucre disparaît en deux jours.

Dr Galand (de Cambrai).

ENSEIGNEMENT MÉDICAL

L'enseignement du massage à l'Université de Berlin (1).

Par le prof. Zabludowski,

Directeur de l'Institut massothérapique à l'Université de Berlin.

Il n'existe pas, à ma connaissance, dans les Universités de l'Europe, à l'exception de Berlin, de chaire spéciale pour l'enseignement de la massothérapie. Cette chaire spéciale a été créée à l'Université de Berlin en 1900, et j'ai été chargé de sa direction. Pour l'organisation de cet enseignement, les exemples naturellement me manquaient, et, répondant à une question à l'ordre du jour de ce Congrès, j'ai l'intention de vous exposer mon programme d'enseignement et, d'une façon générale, la marche de cet Institut massothérapique.

L'Institut en question poursuit le but suivant :

1° Donner aux étudiants en médecine la possibilité d'étudier, en un semestre, les méthodes massothérapiques et principalement la technique du massage.

2° Donner le même enseignement aux médecins, qui désirent appliquer le massage dans l'exercice journalier de leur profession et leur faire connaître les indications spéciales, basées sur la physiologie, de chaque méthode sur l'homme sain et sur le malade.

3° Donner la possibilité d'acquérir dans cette branche de thérapeutique des notions suffisantes aux médecins qui, sans les appliquer d'une façon régulière, désirent connaître les principes de ce traitement pour pouvoir les appliquer, le cas échéant, au lit du malade.

4° Préparer le personnel subalterne non médical, pour l'Institut que je dirige et pour les maisons de santé qui sont en relations avec notre Institut et qui s'adressent à nous pour avoir le personnel nécessaire pour leur service de massage.

L'Institut se trouve sur le terrain de la Charité, hôpital de clinique, où les étudiants en médecine font leurs études. Cette situation est très commode, car l'étudiant fréquente l'Institut sans perdre son temps dans de longs déplacements.

Je fais un cours 2 fois par semaine, l'hiver de 8 à 9 h., l'été de 7 h. 1/2 à 8 h. 1/2 du matin. Ces cours sont organisés de telle sorte qu'ils ne coïncident pas avec les heures de cours obligatoires.

Les médecins praticiens qui désirent apprendre le massage pour savoir l'appliquer suffisamment dans la pratique prennent part aux leçons, qui durent un mois, et qui se font 10 mois par an. Ces leçons commencent le 1er de chaque mois, et sont au nombre de 16, à savoir 4 leçons par semaine d'une heure et demie de durée. S'ils le désirent, ces médecins, après avoir étudié les manipulations en pratique à l'Institut, travaillent à la Polyclinique de la massothérapie, annexée à l'Institut.

Ces médecins donnent, à leur tour, des leçons au personnel non médical, et cela a lieu principalement pour les médecins militaires, qui prennent part annuellement aux leçons mensuelles, et qui ensuite apprennent le massage aux infirmiers militaires.

Sur l'invitation du Comité central pour l'organisation des cours pratiques gratuits aux médecins, j'ai fait des cours avec démonstrations pour les médecins de Berlin et de la banlieue, une année pendant le semestre d'hiver, l'année suivante pendant le semestre d'été. Chaque cours avait 12 leçons de 1 h. et demie de durée, que je faisais de 1 h. 1/2 à 3 h. du soir. C'étaient en grande partie des médecins praticiens ; il y avait aussi, dans leur nombre, des médecins attachés aux caisses de maladies et aux sociétés d'assurances. Ces derniers avaient pour but de se familiariser avec les systèmes de traitement qui peuvent être ordonnés par les médecins spécialistes, et avec les résultats que peut donner ce traitement. Les heures de ces cours étaient fixées de telle sorte qu'elles coïncidassent, le moins possible, avec les heures habituelles de cabinet. Le personnel non médical qui, dans un certain sens, devait être instruit pour un champ d'action limité, a été obligé de travailler à l'Institut, au moins deux mois, et cela journellement, toute la matinée. En outre, dans l'après-midi, on apprenait à ce personnel des éléments d'anatomie, de physiologie et de pathologie, et on leur montrait à faire les pansements courants. Les leçons étaient accompagnées de démonstration de squelettes, d'appareils en carton pâte, de figures, etc. Durant le premier mois, le temps des élèves était consacré exclusivement au travail à l'Institut. Dès le deuxième mois, les élèves qui avaient déjà précédemment donné, dans des maisons de santé, les soins aux malades, ou avaient pratiqué le massage, et par conséquent avaient déjà quelque expérience dans leur métier, étaient admis, sur leur demande, à travailler dans l'Institut hydrothérapique, avec l'autorisation de son Directeur. Dans cette intention, ils étaient autorisés à quitter leur travail, à l'Institut massothérapique, deux heures avant les autres élèves. A l'Institut hydrothérapique, ils remplissaient les fonctions de garçons de bain. L'enseignement dans ce dernier durait de deux à trois mois. Après entente avec le Directeur de l'Institut hydrothérapique, je contribuais, dans la mesure du possible, à faire enseigner aux élèves masseurs, des notions d'hydrothérapie, pour qu'ils puissent, de cette façon, obtenir des situations stables. Les directeurs des sanatoria s'adressent fréquemment à

(1) Communication faite au Ier Congrès international de Physiothérapie, Liége 1905.

l'Institut, pour avoir un personnel à qui nous avons enseigné le massage, et qui ait des notions d'hydrothérapie.

Grâce à la possibilité qui est donnée non seulement aux médecins et aux étudiants d'étudier cette branche de thérapeutique, mais aussi à un personnel non médical, l'Institut s'est considérablement développé. Il est vrai que cet Institut, établissement purement universitaire, sert principalement aux médecins, mais il nous est matériellement impossible de nous passer du travail des élèves masseurs. Je parle du massage dans un sens plus large du mot, par conséquent, des manipulations de massage elles-mêmes, dans leur relation aux exercices de mouvement, c'est-à-dire à la gymnastique thérapeutique. Les cas où nous ne faisons pas d'exercices de mouvements sont peu nombreux, pour cette raison que nous tâchons d'obtenir, par notre traitement, une augmentation de la capacité motrice par rapport à l'ampleur, à la force des mouvements moteurs et à l'habileté de leur exécution. Si nous n'avons quelquefois pas recours à ces exercices de mouvements, cela dépend exclusivement d'un certain moment, c'est-à-dire aussi longtemps qu'il existe, chez les malades, un état irritatif plus ou moins prononcé.

Quant à l'emploi des mains, dans le massage, en dehors des vibrations, nous n'avons pu jusqu'à présent trouver une méthode rationnelle pour pouvoir les remplacer par un instrument quelconque, et c'est pourquoi il y a nécessité d'avoir à notre disposition un certain nombre de mains. Pour la bonne marche de l'enseignement, nous avons besoin *d'un grand nombre de malades*, avec des indications diverses pour la massothérapie. Sous ce rapport pourtant, notre expérience pédagogique nous montre qu'un tout petit nombre seulement de médecins, qui suivent notre enseignement, s'intéressent au travail purement mécanique fait sur des malades chroniques, qui exige tous les jours plusieurs heures. Mais on ne peut avoir des éléments variés qu'avec une polyclinique plus ou moins nombreuse. A la polyclinique, comme partout ailleurs, nous ne pouvons nous borner aux cas intéressants pour les élèves; d'un autre côté, nous ne pouvons renvoyer les malades dont nous avons commencé le traitement, lorsque leur maladie ou telle de ses périodes ne présente plus d'intérêt, au point de vue de l'enseignement. Il a été constaté que, d'après le nombre annuel d'auditeurs de nos cours (l'année dernière, nous en avions 131), nous avons tous les jours besoin au moins de 100 malades. Pour ne pas faire trop attendre nos malades, ensuite pour permettre au directeur de l'Institut de surveiller personnellement, dans une certaine mesure, la marche du traitement, il n'est pas possible de laisser la polyclinique ouverte toute la journée. Dans ces conditions, il nous faut un personnel très nombreux (135 personnes), mais il est matériellement impossible de s'attacher ce personnel dans une polyclinique absolument gratuite, et les élèves masseurs, hommes et femmes, peuvent très bien faire le travail purement mécanique. Dans le choix de ces élèves, j'attache une très grande importance à leurs qualités morales. J'accepte très volontiers des infirmiers, des gardes-malades, des sœurs de charité, des sages-femmes et des surveillants ayant de bonnes références. Quant au massage général hygiénique et au massage cosmétique, des coiffeuses peuvent très bien l'apprendre, et se rendre utiles en ville; après le massage elles font la coiffure des clients. Je suis d'avis que le massage régulier des parties saines du corps n'est jamais nuisible et, nous y obtenons des résultats d'autant meilleurs que, dans nos manipulations, nous n'employons pas seulement les doigts, mais toute la main avec des mouvements amples ; par ce moyen nous arrivons à agir sur de grandes surfaces du corps. Un directeur qui connaît la mesure que peut donner chaque élève choisit les élèves pour la distribution du travail. En raison du temps limité consacré à leur enseignement, les médecins s'exercent systématiquement dans des manipulations particulières, telles que les manipulations de secousse, les manipulations de friction, les exercices moteurs spéciaux associés aux manipulations de massage, dans le massage des différents organes et dans le traitement de cas-types. Toutes ces manipulations se font sur des gens bien portants, qui consentent à servir moyennant salaire de sujets d'exercices aux étudiants ; quant aux élèves-masseurs, j'arrive vite, dans l'enseignement que je leur donne, à les utiliser pour le traitement en leur confiant des malades chroniques et peu irritables. Dans le traitement des malades atteints de rhumatisme chronique ou d'obésité, je montre aux élèves non-médecins les manipulations correspondantes à ces cas, et je les leur fais répéter. Bientôt après, je fais faire les manipulations indiquées aux élèves nouveaux sous la surveillance d'élèves plus anciens. Cette façon d'obliger les élèves plus anciens à aider à l'enseignement des nouveaux, est aussi rationnelle ici que dans les écoles de musique, où le système est depuis longtemps appliqué. Un élève nous fait très souvent les manipulations mieux, sous la surveillance d'un camarade, que sous celle du professeur, qui quelquefois le trouble.

Cette façon de faire a encore un autre avantage au point de vue pédagogique, à savoir qu'en obligeant les élèves à donner des explications, et à apprendre les manipulations à leurs camarades, je puis facilement contrôler leur savoir-faire, autrement dit, je peux mieux certifier par ce procédé que par n'importe quelle épreuve d'examen, leurs connaissances et leur habileté dans l'exercice de leurs fonctions de masseur.

Les enfants forment une partie assez considérable de la clientèle de la polyclinique. Ce sont des enfants, avec de légères déviations de la colonne vertébrale, à dos voûté, avec cage thoracique étroite, et plus ou moins anémiés. Dans ces cas, grâce au massage, aux extensions sur un lit extensible, à plan incliné, sur des appareils de suspension, grâce aux exercices de gymnastique sur une barre fixe, sur des parallèles, et grâce aussi aux exercices libres sur commandement militaire, etc. ; nous obtenons de bons résultats sans incommoder nos jeunes malades, par des corsets orthopédiques et sans leur faire cesser la fréquentation de l'école. On peut évidemment se tenir dans ces exercices d'une seule et même méthode. Dans tous nos cas, pour la plupart peu graves, où il n'est pas nécessaire d'exercer le système musculaire d'un seul côté (celui où siège la lésion ou l'atrophie), nous faisons faire des exercices généraux totaux. Il faut nécessairement beaucoup de temps pour ce genre d'exercices. Je peux dire que chez nous, grâce à notre méthode, tout se passe très

bien. Les nouveaux élèves débutent comme aides de leurs anciens, deviennent bientôt répétiteurs eux-mêmes, et guident dans leurs exercices les nouveaux élèves et les enfants. Beaucoup d'enfants qui fréquentent un certain temps l'Institut montrent volontiers les exercices à faire aux derniers admis, de telle sorte que la fréquentation des exercices de gymnastique devient pour tous un véritable plaisir.

Un certain nombre de nos élèves non-médecins assistent aux conférences qui sont faites pour les médecins. Le profit qu'ils en tirent n'est pas à dédaigner, même s'ils ne sont pas en état de tout saisir dans ces exposés théoriques. Ces conférences leur servent pour compléter les connaissances acquises aux exercices pratiques. Ils s'habituent de la sorte à aider les médecins et à seconder le Directeur de l'Institut et les médecins dans leurs exercices, en sachant passer à temps tel ou tel objet ou instrument nécessaire. Grâce à ce système, le travail est régulier et le temps n'est pas gâché. Dans certains cas toutefois, où les manipulations ne doivent pas être exécutées par des élèves non-médecins, ces derniers ne sont pas admis à l'amphithéâtre, comme, par exemple, pendant les exercices de massage gynécologique.

En tenant compte des exigences de masseurs non-médecins, je m'attache à leur apprendre les manipulations du massage général, comme par exemple dans les troubles de la nutrition, ainsi que dans la diététique générale, dans le relèvement des forces physiques, et enfin les manipulations du massage cosmétique.

En faisant empiéter le massage sur d'autres branches de la physiothérapie, au fur et à mesure de l'agrandissement de nos locaux, nous commençons à combiner le massage avec l'hydrothérapie, où l'excitation mécanique joue un rôle non moins important que l'action thermique, ainsi que nous combinons aussi le massage proprement dit avec les exercices mécanothérapiques aux différents appareils (Zander, Herz).

MÉDECINE SOCIALE

Les droits du médecin devant les services d'hygiène publique.

Le Directeur de l'Hygiène en Belgique vient d'être récompensé, par une brillante manifestation de reconnaissance, de l'attitude qu'il eut toujours envers ses collaborateurs dans tout le pays, notamment envers le corps médical qui tient la plus grande place parmi ceux-ci.

Au récit de cette fête que publie la *Gazette médicale belge* empruntons deux passages.

C'est d'abord le discours du Dr L. Merveille au nom du Corps médical belge.

Mesdames, Messieurs,

La présidence de la Fédération médicale me procure l'honneur bien grand — est-il besoin de le dire ? — mais aussi la mission périlleuse de prendre la parole dans cette fête au nom des médecins belges. Puissé-je ne pas trop rester en-dessous de la volonté du corps médical de rendre aujourd'hui un solennel hommage de gratitude, de confiance, de vénération et d'attachement à celui qu'il considère comme son chef, comme son ami et comme son meilleur conseiller.

Il y a bien des années déjà, Monsieur le Secrétaire Général, que vous avez consacré votre brillante intelligence à l'étude des problèmes qui font la grande préoccupation de tous ceux qui, dans le corps médical, peuvent s'élever parfois au-dessus des matérialités de la vie professionnelle. Vous avez constaté plus que tout autre, car vous étiez particulièrement bien placé pour recueillir tous les renseignements nécessaires, les ravages immenses causés dans notre pays par les fléaux importés aussi bien que par les fléaux endémiques, par les maladies infectieuses et transmissibles aussi bien que par les graves intoxications auxquelles sont exposées les populations à tous les âges de la vie.

Il s'est trouvé de tout temps, et surtout dans ces dernières années, des apôtres pour prêcher la croisade contre tous ces maux dont je viens de parler. De toutes parts, dans le corps medical, surtout, des hommes de bonne volonté se sont levés immédiatement et se sont dévoués à la grande œuvre de la santé publique. Mais, il ne suffisait pas d'avoir des troupes disponibles pour le bon combat, il fallait un homme respecté de tous pour écarter certaines rivalités qui font parfois échouer les plus belles idées, un homme capable de se faire écouter des pouvoirs publics et de procurer au moins quelques ressources aux œuvres entreprises.

Toujours, Monsieur le Secrétaire Général, vous avez été cet homme-là. Toujours c'est vers vous que l'on s'est tourné pour obtenir des conseils éclairés. Et bientôt, lorsqu'on avait pu vaincre une modestie assez vite effarouchée, vous preniez une part importante à l'action et aux succès toujours, hélas ! insuffisants, mais cependant remarquables et capables d'entretenir l'élan et l'espoir dans le triomphe final.

N'est-ce pas là, en toute vérité, l'histoire des luttes entreprises dans notre pays contre les maladies infectieuses et pouvant devenir épidémiques, contre la mortalité infantile, etc. ? N'est-ce pas là l'histoire de toutes ces entreprises sanitaires qui ont déjà fait reculer le mal et procuré à la santé, à la richesse publique, des biens indéniables ?

Mais, Monsieur le Secrétaire Général, vous aviez une seconde armée à diriger : c'était celle de toutes les personnes attachées officiellement à la défense de la santé publique. Fonctionnaires, administrations publiques, commissions médicales provinciales et locales, conseils d'hygiène et de salubrité ; tous ont trouvé en vous un chef convaincu et autorisé.

Aussi le corps médical, en vous voyant tous les jours à l'œuvre, s'est-il si bien habitué à vous considérer comme un des plus éminents parmi les siens, que bien des praticiens sont très surpris lorsqu'ils apprennent que vous n'appartenez pas à leur corporation. A tout instant, nous entendons parler de Monsieur le Docteur Beco, Secrétaire-Général du Ministère de l'Agriculture. Permettez-nous, Monsieur le Secrétaire-Général, d'en être fiers; laissez nous croire que cette erreur n'est pas de nature à blesser le savant jurisconsulte et l'éminent administrateur qui sont réunis en vous.

Mais, vous ne vous êtes pas contenté de prendre rang à l'état-major de l'armée médicale et d'aller, dans les moments d'accalmie, faire briller du plus vif éclat la science belge dans de nombreux Congrès et dans les conférences sanitaires, internationales ; vous avez voulu vous préoccuper des desiderata des praticiens belges. Vous avez vu tous ces hommes, ayant conscience du grand rôle social qu'ils ont à remplir dans le monde, travailler, en réalité, dans la lutte contre l'éclosion et la propagation des maladies, à tarir les ressources qui leur sont nécessaires, Vous avez vu que chaque progrès réalisé par la science et le dévouement du corps médical *était suivi d'une diminution du budget de la corporation*. Vous n'avez pas hésité à proclamer publiquement dans diverses circonstances—vous le faisiez encore au dernier Congrès de la tuberculose de Paris—que la nation n'avait pas le droit de compter sur pareil dévouement et d'y faire cons-

lamment appel, tout en paraissant ne pas le remarquer.

Vous faites, certes, des vœux, au nom de l'intérêt général, pour le succès de plus en plus marqué des recherches scientifiques qui transforment progressivement la carrière médicale en une œuvre préventive autant que curative, et bientôt, sans doute, beaucoup plus prophylactique que répressive, mais, en même temps vous dites bien haut le devoir des populations et des autorités de reconnaître pratiquement les immenses services rendus à la santé et à la fortune publiques par les travaux du corps médical. Vous ne vous êtes pas contenté de proclamer ces devoirs, vous avez montré comment il fallait les remplir. Dans diverses circonstances solennelles, et surtout dans la rédaction de ce monument de science, de jurisprudence et de littérature que constitue votre rapport sur l'avant-projet de loi relatif à l'exercice des professions médicales, vous avez montré aux législateurs, aux administrations de tous genres, aux mutualités, aux industriels, aux particuliers, la voie dans laquelle il fallait entrer.

Dans toutes ces circonstances, Monsieur le Secrétaire général, vous vous êtes montré l'ami du corps médical belge. Vous n'êtes pas de ceux qui laissent croître l'herbe sur le chemin de l'amitié. Vous estimez qu'une affection sincère doit être agissante. Vous avez agi, et c'est ce qui vous a mérité la reconnaissance des praticiens de tout le pays. Certes, ici également, les succès ne sont pas encore bien grands, malgré tous vos efforts, parce qu'il faut changer les mœurs et convertir des administrations et des masses douées d'un pouvoir d'inertie considérable, mais l'autorité de votre parole est trop grande, votre énergie sera trop persévérante, pour que la vérité et la justice ne soient pas un jour triomphantes.

Vous n'êtes pas seulement l'ami du corps médical belge, vous vous êtes toujours montré son guide, son conseiller intelligent et pratique. Ils sont légion les praticiens belges qui ont eu recours à vos lumières dans les circonstances difficiles de leur carrière Toujours sûrs d'être bien accueillis, ils n'ont cessé d'assiéger votre bureau et ils n'en sont jamais sortis sans une parole réconfortante et sans un bon conseil. Mais, il est surtout un conseil que vous avez donné à diverses reprises au corps médical belge et que je me plais à répéter dans cette solennelle circonstance : c'est celui d'être uni, de se grouper dans des associations travailleuses. d'édifier des œuvres, de ne pas compter exclusivement sur les pouvoirs publics et de compter surtout sur son énergie pour arriver à la réalisation de ses justes revendications. Ce conseil d'union, de dignité et de virilité devrait être inscrit sur le parchemin délivré à tous ces jeunes gens qui entrent dans la carrière médicale, trop souvent dépourvus de toute boussole pour les guider à travers les difficultés de la vie.

Monsieur le Secrétaire Général, en venant aujourd'hui, au nom du corps médical belge, vous apporter un respectueux hommage de gratitude et d'admiration, permettez-moi de vous dire son espoir de vous voir lui conserver toujours les sentiments sur lesquels il s'est habitué de compter. Puissiez-vous longtemps encore l'aider à remplir la mission humanitaire à laquelle il est décidé, plus que jamais, à consacrer sa science et son énergie. Puissiez-vous, pendant de longues années encore, lui prodiguer vos témoignages d'estime et d'amitié agissante. Puissiez-vous, enfin, lui réserver toujours cet accueil bienveillant, ces conseils empreints de saine raison et d'affectueux dévouement qui vous ont mérité, dans le cœur de tous les médecins belges, les plus vifs sentiments d'attachement et de reconnaissance.

M. Beco, le héros de la fête, répondant aux divers orateurs, a parlé *ainsi de la situation* du corps médical belge.

M. le Président Heynen, dit il, a signalé avec sa haute autorité le rôle social de l'hygiène contemporaine. Après lui, des voix se sont fait entendre pour rappeler toute l'importance des rapports de solidarité qui doivent régner entre les sciences sanitaires et les intérêts professionnels du médecin, du pharmacien et du vétérinaire.

Je suis en communauté d'idées avec un grand nombre de médecins et de pharmaciens pour affirmer que leurs professions subissent une évolution d'un caractère alarmant au point de vue de leurs intérêts matériels. En effet, l'exercice de la médecine n'est plus exclusivement une affaire privée entre le praticien et ses clients. La médecine préventive, c'est-à-dire la prophylaxie des maladies populaires, réclame du médecin de nouveaux devoirs. Partout où il y a des œuvres d'assistance, de prévoyance ou de mutualité, il doit être sur la brèche ; seul il est qualifié pour vulgariser les moyens de prévenir les maladies transmissibles dans les familles et les collectivités, bien que cette intervention soit loin encore d'être consciemment organisée par des vues d'ensemble.

Les pharmaciens n'envisagent pas non plus sans inquiétude l'avenir de leurs intérêts matériels, tandis que l'on continue à distribuer dans une parfaite et légale sérénité des diplômes aux récipiendaires encore trop nombreux qui les postulent, comme si rien de nouveau ne se passait dans les applications de la thérapeutique !

Mais il ne suffit pas de constater un pareil état de choses ; il ne suffit pas de protester de sa bienveillance envers les médecins et les pharmaciens, de compatir à leur angoisses professionnelles, de comprendre qu'ils ont un rôle nouveau très important à exercer dans les groupements sociaux ; que l'administration, grâce à leur concours dévoué, fait de louables efforts pour le bien de la santé publique ; il ne suffit pas de reconnaître au sein des commissions officielles que ces professions souffrent de l'injustice persistante d'une législation surannée.

Pour que les membres du corps médical et pharmaceutique prêtent dans l'avenir à l'administration une aide de plus en plus efficace, il faudra examiner si tout ce qui est dû à la sauvegarde de leurs droits professionnels est équitablement réalisé et si les avantages qui leur sont assurés répondent aux charges d'intérêt public qui pèsent sur eux.

Que faut-il faire à ces fins et quelle solution attend-on des pouvoirs publics ?

Ce n'est ni le lieu ni l'heure de préconiser des remèdes. A la vaste consultation de ce jour nous faisons plutôt œuvre de prophylaxie ; je manquerais à mon devoir de discrétion si j'allais au-delà d'un diagnostic.

L'essentiel est que ce diagnostic ait encore le grand mérite de la précocité et qu'il soit divulgué au grand jour avec toute la mutuelle confiance qui nous rassemble aujourd'hui. A force d'être répétée, la vérité sortira de nos cœurs pour pénétrer définitivement dans les esprits. Et voilà pourquoi je me réjouis tant à la pensée que notre manifestation pourrait avoir, à ce point de vue, une portée pratique.

M. Beco exprime surtout le vœu que les membres du corps médical et pharmaceutique s'unissent entre eux dans une solidarité de plus en plus étroite et cordiale. Là est le salut ; là est le triomphe final.

Et l'honorable secrétaire général termine son allocution par ces paroles :

J'ai fini, Messieurs, je disparais et rentre dans mon obscurité emportant au fond du cœur la douce espérance que cette journée, à jamais mémorable pour moi, m'assurera la continuation des sympathies dont j'ai été si abondamment honore de vous tous, en même temps qu'elle servira l'intérêt public.

Encore une fois, je vous adresse un suprême et profond merci ! » *(Salve d'acclamations.)*

La fête dont nous venons de parler nous a rappelé la cordiale bonne grâce de M. Mirman venant prendre contact avec le corps médical français au banquet du « Concours médical » qui réunissait en novembre dernier les représentants de toutes nos Associations. Pourquoi ne pas rêver, pour le laborieux et dévoué Directeur de l'hygiène en France, d'une carrière administrative au cours de laquelle le médecin verrait enfin reconnaître ses droits dans toutes les organisations sociales, et qui donnerait lieu quelque jour à une manifestation analogue à celle que le Corps médical belge vient de faire en l'honneur de celui qui représente ses intérêts dans.... l'Administration.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les rayons X à l'Académie de Médecine.

Nous avons parlé ici des rayons X aux médecins (*Le Médecin*, 29 octobre et *Actualité médicale*, 15 novembre 1905). Nous en avons montré les dangers, les brûlures, les atrophies génitales. A ce dernier point de vue, nous avons apporté les premiers faits cliniques et non de laboratoire (Académie des sciences, 27 février 1905) : nous avons avancé ou déterminé la ménopause chez les fibromateuses soumises aux rayons X, et chez lesquelles la régression du fibrome s'accompagnait de l'atrophie ovarique. Ces derniers faits sont encore peu connus.

L'Académie s'est peu préoccupée de la loi du 30 novembre 1892 et de l'exercice illégal de la Médecine fait par les radiothérapeutes non médecins et l'on en voit même dans nos hôpitaux parisiens et près des tribunaux comme experts.

« Quant au fait, dit la *Semaine Médicale*, que les accidents par les rayons de Rœntgen peuvent survenir également entre les mains des médecins, il est constant, mais souvent aussi des accidents surviennent à la suite d'opérations chirurgicales : faudra-t-il pour cela déposséder les chirurgiens du droit d'opérer ? Ce qu'il faut reconnaître, c'est que tout traitement, quel qu'il soit, ne va jamais sans un certain danger avec lequel il faut toujours compter comme avec une contingence inévitable.

« Ensuite M. Gariel, dont on ne saurait contester la compétence à cet égard — a tenu à déclarer que, contrairement à M. Reynier, il lui semblait qu'il était beaucoup plus facile à un médecin de se mettre au courant de la technique et des méthodes radiologiques qu'à un physicien d'acquérir les connaissances médicales indispensables à qui emploie les rayons X dans un but de diagnostic ou de traitement.

« M. Debove, qui le premier a introduit la question devant l'Académie, a naturellement soutenu la même thèse que le rapporteur, M. Chauffard. »

Le Dr Hennecart, de Sedan, avait, dès avril dernier, soulevé la thèse au Congrès Rœntgen de Berlin.

Nous y étions revenu, avec le Dr Dumont, à la *Société Médicale des praticiens*, en mai et juin, nous basant, en ce qui nous concernait, surtout sur nos faits cliniques d'atrophie glandulaire. Nous avions demandé cette sanction, qu'a négligée l'Académie, que tout acte radiothérapique soit considéré comme illégal et poursuivi. C'est ce que nous, praticiens, nous lui demandons, à elle, notre naturelle protectrice.

Dr Foveau de Courmelles.

(*Le Médecin.*)

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

A propos de la répression des réclames médico-pharmaceutiques.

Par M. E. Perreau,
Professeur à la Faculté de Montpellier.

L'une des questions de législation médicale le plus à l'ordre du jour est celle de la répression des réclames médico-pharmaceutiques.

Si la réclame est, en matière industrielle et commerciale, en même temps conforme à l'intérêt général et sans inconvénient pratique, en faisant connaître au public des produits dont il a besoin et dont il peut lui-même peser les mérites, elle est au contraire pleine de danger dans tout ce qui concerne l'art de guérir, le gros public étant absolument incompétent pour apprécier la valeur des remèdes ou des méthodes qu'on lui propose.

Or, la réclame médico-pharmaceutique se déchaîne avec une telle impétuosité que, dans plusieurs Etats, le législateur a cru devoir la restreindre ou même l'interdire sous la sanction de certaines peines (1).

En France, d'excellents esprits souhaiteraient des mœurs analogues, et tel est le vœu émis en 1904 par la *Société de médecine légale* (2).

On a soutenu qu'il serait possible, dans la plupart des cas, de la réprimer comme exercice illégal de la médecine (3). Nous serions très porté à le croire, mais l'opinion générale ne paraît cependant pas près de s'orienter dans cette voie (4).

Nous voudrions essayer de démontrer que, même si l'on rejette cette théorie, la société ni le corps médical ne se trouvent cependant complètement désarmés, qu'ils possèdent, dans les hypothèses les plus fréquentes, d'autres moyens de défense.

I. — Longtemps, la réclame médico-pharmaceutique, empruntant simplement les formes de

(1) Voy. notamment la loi prussienne du 16 avril 1893 (*Ann. lég. étrang.* 1894, p. 120 , et le règlement autrichien des réclames, art. 243 ; ord. Canton de St-Gall, 12 fév. 1886 (*Ann. lég. étrang.* 1887, p. 555).

(2) *Bulletin de la Société de Médecine légale*, 1904, p. 167.

(3) Sentourens. — L'Exercice illégal de la Médecine et le charlatanisme médical (Thèse, Paris 1904), p. 204 et suiv.

(4) Voy. à ce sujet la discussion de la question à la Société de Médecine légale (*Bulletin de Soc. Méd. lég.* 1904, p. 146 et suiv., p. 161 et suiv.).

la publicité commerciale ou industrielle, ne s'efforçait le plus ordinairement d'étaler sur tous les murs, au moyen d'affiches tirant l'œil, que le nom du remède recommandé, avec la simple indication des maladies où son emploi serait utile. Puis sont venus les prospectus reproduisant d'interminables listes d'attestations élogieuses de médecins la plupart du temps complètement inconnus. Aujourd'hui, on essaye d'attirer le client surtout en lui indiquant, par d'habiles articles dans la presse quotidienne, des malades qui auraient été guéris par le remède à lancer. Tantôt c'est une « personne *charitable* offrant de faire gratuitement connaître, en conséquence d'un vœu, le moyen de guérir.... ». Tantôt c'est l'histoire, bourrée de détails vraisemblables pour être persuasifs, et saisissants pour impressionner, de la maladie et de la guérison, par telle médication, de personnes dont on précise le nom et l'adresse.

Ces deux procédés nous paraissent tomber sous le coup de sanctions pénales, ou tout au moins civiles, hormis l'unique hypothèse où la personne désignée aurait été réellement guérie par les médicaments préconisés. Comme d'ailleurs cette dernière hypothèse est absolument exceptionnelle, nous la négligerons complètement ; et nous supposerons, dans les explications suivantes, que la guérison est fausse.

II. — Une jurisprudence constante voit dans le concours de deux personnes pour extorquer l'argent d'autrui en faisant, par leurs assertions combinées, naître chez leur victime une espérance toute chimérique, des manœuvres dolosives suffisantes pour constituer un délit d'escroquerie. (Art. 405, C. pénal) (1).

Or, si vous écrivez à la personne soi-disant charitable dont parle votre journal, elle vous indiquera un pharmacien fabriquant certaine spécialité, dont elle affirme avoir obtenu la guérison de tel mal ; et, si vous pouvez vous procurer des renseignements sur son affection prétendue, vous découvrez qu'elle est purement imaginaire. Voilà donc deux compères qui se sont entendus pour attirer votre argent, en vous présentant un remède quelconque, à l'ordinaire d'une insignifiance parfaite, comme certainement capable de guérir vos maux. Ils ont commis à votre égard un délit d'escroquerie.

Il en serait de même si la personne dont votre journal raconte la pseudo-guérison vous avait, sur votre demande, envoyé des renseignements sur sa prétendue maladie et son prétendu traitement sauveur.

Mais, dira-t-on peut-être, comment prouver l'inexactitude de ces guérisons et l'entente criminelle des deux compères ?

Par un moyen fort simple : en rapprochant les unes des autres les réponses envoyées pour les affections les plus diverses. Car, en pratique, les spéculateurs s'adonnant à ce genre d'affaires ne se mettent pas en frais d'imagination, et indiquent presque toujours les mêmes remèdes quelle que soit l'affection dont on souffre (2). La fraude se trouve donc démasquée par le caractère de panacée universelle de leur médicament favori. Faites écrire par plusieurs personnes, ou écrivez vous-même en donnant chaque fois une nouvelle adresse, pour être renseigné sur le traitement de diverses affections, et vous aurez vite en mains la preuve que vous cherchez. Il faudra quelque temps pour enlever son efficacité à ce moyen de vérification ; car, confiants dans la naïveté humaine, les deux exploiteurs sont plus occupés de la vente de leurs produits que défiants à l'égard des embûches tendues par des tiers. Et, quand le nombre des condamnations pour escroqueries obtenu par ce procédé de preuve inspirera de la défiance aux auteurs de réclames, leur commerce tombera naturellement du même coup, car ils n'oseront plus vendre à personne.

III. — Supposons, au contraire, que la personne faussement déclarée guérie par l'emploi du remède préconisé reste étrangère à cette fraude.

Les attestations publiées dans les journaux se réduisent alors à de simples mensonges. On ne rencontre plus de manœuvres frauduleuses les transformant en délit d'escroquerie, comme tout à l'heure dans le concours des deux compères ; elles ne rentrent d'ailleurs pas davantage dans la définition légale du faux (art. 147 et 150, C. pénal).

Mais, pour ne pas tomber sous le coup de la loi pénale elles n'en constituent pas moins, au point de vue civil, des actes illicites, comme contraires à la bonne foi. Aussi toutes les personnes qui en éprouveraient un dommage pourraient-elles poursuivre leur auteur en indemnité.

Parmi elles, on place en première ligne le prétendu malade, qui subit évidemment un préjudice au moins moral, en se voyant publiquement prêter des maux imaginaires ; sans aucun doute il peut réclamer des dommages et intérêts (1).

Mais, il n'est pas l'unique victime de la réclame faite sur son nom. Les médecins du lieu où elle se publie, dont on draine ainsi la clientèle, en éprouvent eux-mêmes un dommage, et peuvent en conséquence demander eux aussi une réparation. Sans doute, en l'absence de prohibition légale spéciale, il est loisible aux fabricants d'un produit quelconque, même pharmaceutique, de le recommander au public par la voie de la presse ; et la concurrence qu'ils font de la sorte aux médecins, n'étant point prohibée par la loi, ne saurait en elle-même engager leur responsabilité. Qui use de son droit ne doit pas d'indemnité pour le dommage qu'il cause ; *summa jus, summa injuria.* Mais encore faut-il que cette publicité s'exerce par des moyens honnêtes, sinon elle constitue un acte de concurrence illicite ou déloyale éminemment fautif, obligeant son auteur à indemniser du préjudice qu'il occasionne.

Nous ne faisons que transfuser aux médecins un principe dès longtemps dégagé par la jurisprudence pour la protection des professions commerciales ou industrielles. Dans ces professions, tout acte de concurrence illicite ou déloyale oblige son auteur à réparer ses conséquences dommageables, envers toutes les personnes qui en souffrent.

Reposant sur la nécessité d'assurer l'honnêteté du travail humain, cette thèse est générale. Il en résulte deux conséquences :

1° D'abord elle s'applique à toutes professions, et non point seulement au commerce et à l'indus-

(1) Cass. Crim. 15 fév. 1894. S. 94, I. 208 ; 10 déc. 1891, S. 92. I. 171 et les renvois.

(2) Sentourens. — *Op. cit*, p. 35 et suiv.

(1) Trib. Rome 23 décembre 1903, *Pasicrisie belge*, 1904, 4. 80.

trie. Elle sert de fondement au droit reconnu par la loi du 30 nov. 1892 (art. 17, § 2) aux syndicats médicaux de poursuivre les personnes exerçant illégalement la médecine.

Les tr ibunaux ont déjà plusieurs fois appliqué le même principe dans d'autres hypothèses, en jugeant recevables les poursuites en dommages-intérêts d'un syndicat de médecins contre un pharmacien pour vente de médicaments sans ordonnances (1), un d'un syndicat de dentistes contre un confrère exerçant sous un pseudonyme (2).

2° D'autre part, il n'est point indispensable que l'acte reproché soit puni par la loi pénale, il suffit qu'il cause un dommage. Journellement, les juges répriment des faits de concurrence illicite ne tombant pas sous les prohibitions du droit pénal, sur des poursuites de commerçants ou d'ndustriels ; comment les médecins n'auraient-ils pas droit à une protection équivalente?

Si, par des réclames médico-pharmaceutiques, on introduit dans la médecine les moyens de spéculation du commerce et de l'industrie, il est, en revanche, rationnel d'étendre également aux médecins les moyens de protection dont jouissent commerçants et industriels.

Par ce qui précède, nous espérons avoir démontré qu'il n'est point absolument besoin d'une loi pénale, créant un délit nouveau, pour réprimer les réclames médico-pharmaceutiques, et que, dans bien des hypothèses, on trouvera dans le riche fonds de notre droit actuel des moyens suffisants pour les faire cesser. L'important n'est donc pas de pétitionner auprès des Chambres, mais seulement de vouloir et d'agir.

(*Droit Médical*, janvier 1906.)

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Médecins et mutualistes dans l'Hérault.

Faute de place, nous ne pouvons reproduire ici *in-extenso* le récit de la campagne de défense énergique que mènent depuis quelques mois, sur tous les terrains, les syndiqués de l'Hérault. Nous croyons savoir d'ailleurs que le *Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux* a pris ses dispositions pour le faire. Mais nous ne saurions nous dispenser d'adresser à nos confrères de Montpellier, tout au moins pour l'acte solennel de solidarité rappelé dans les lignes ci-dessous, toutes nos félicitations, tous nos remercîments.

Congrès des intérêts professionnels

Tenu à Montpellier les 27 décembre 1905 et 3 janvier 1906.

Conformément à la décision prise par la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault, dans sa séance du 19 décembre 1905, deux réunions du « Congrès d'intérêts professionnels des médecins exerçant à Montpellier, *syndiqués* ou *non* », ont eu lieu dans une des salles de la mairie, les 27 décembre 1905 et 3 janvier 1906.

A la première de ces réunions, cinquante médecins de Montpellier étaient présents. Le docteur Sélignac, doyen d'âge, ouvrit la séance et proposa la formation du bureau du Congrès comme suit : président, M. Gilis ; assesseurs, MM. Albigès et Salager ; secrétaire, M. Stoltz. (*Adopté à l'unanimité.*)

Plusieurs de nos confrères prirent la parole pour faire l'historique des Mutualités et montrer leurs dangers, pour le corps médical, leurs abus actuels et proposer divers moyens de remédier à ces abus, à l'exemple des médecins lyonnais. On s'arrêta aux conclusions suivantes, adoptées à l'unanimité : 1° faire rédiger par l'avocat-conseil du Syndicat une formule d'engagement que signerait tout médecin de Montpellier, établissant le *libre choix* du *médecin*, le *tarif à la visite*, *l'abolition du traitement à forfait* ; 2° au cas où l'un des signataires manquerait à sa parole, avoir deux sanctions à lui infliger : *a*) une condamnation à 2.000 fr. de dommages-intérêts, au profit de la caisse de l'Association confraternelle des médecins de l'Hérault ; *b*) la rupture de toutes les relations confraternelles entraînant avec elle, naturellement, le *refus de consultation*. Une commission de dix membres fut nommée, chargée de la rédaction de cette formule d'engagement, sous la direction de l'Avocat-Conseil, commission ainsi composée : D[rs] Gilis, Arles, Magnol, Albigès, Mélian, Pascal, Aubert, Cotsaftis, Saussol, Stoltz.

Dans la deuxième réunion du Congrès (3 janvier 1906), à laquelle étaient présents soixante-quatre médecins de Montpellier, la Commission sus-nommée communiqua la formule d'engagement, ainsi que le tarif adopté pour les Mutualités. (*Adopté à l'unanimité.*)

Devant cette union des médecins présents on passe immédiatement aux signatures de l'engagement. *Tous les membres présents au Congrès* signent. La séance est levée et les membres de la Commission se partagent le soin de faire signer, en ville, les médecins de Montpellier absents à cette réunion et dont un grand nombre avaient accepté, par lettre, les décisions du Congrès.

Le secrétaire,
D[r] STOLTZ.

(1) Trib. Nevers, 3 nov. 1904, D. P. 1905, 5. 13.
(2) Trib. Seine, 18 nov. 1898. *Anr. hyp. pub.*, 3e année v. XLI, p. 83.

CORRESPONDANCE

M..., (Deux-Sèvres), le 24 février 1906.

Très honoré Confrère,

Permettez-moi de vous exprimer l'étonnement que m'a causé la réception, il y a quelques jours, de la lettre circulaire adressée à vos abonnés et les priant d'ordonner de préférence certaines spécialités pharmaceutiques, sous prétexte que l'argent de leurs détenteurs constitue, comme vous l'avouez sans pudeur, fausse ou non, une bonne partie des fonds qui alimentent les caisses du « Concours Médical ».

Lorsque je me suis abonné au « *Concours Médical*, « j'ai cru y voir une association honorable d'hommes *libres* et s'unissant pour la défense de leurs intérêts matériels. Je vois avec regret qu'il n'en est rien.

Je n'ai pas l'habitude de me laisser guider dans le choix des médicaments que j'ordonne par une question d'intérêt, et de recevoir de l'argent d'aucun pharmacien, fût-ce indirectement et en collectivité pour prescrire des préparations sortant de son officine.

Je n'admets guère, en principe, les spécialités pharmaceutiques, qui sont un peu à la formule magistrale ce que le vêtement tout fait est au vêtement sur mesure. Mais je les admets moins que jamais lorsque leurs fabricants viennent me proposer un marchandage que ne peuvent admettre ma cons-

cience d'homme libre et ma dignité de praticien honnête.

La Société d'Etudes du « Concours médical » et ses filiales garderont donc, mon cher confrère, les sous médicaux ou médico-pharmaceutiques des Epiciers en gros de la Pharmacie et je n'aurai pas le bonheur d'y participer. Mais je garderai pour moi ma conscience, et vous vous avouerez, à part vous, que cela vaut quelque chose, même à l'aurore dorée du XX[e] siècle.

Je vous autorise volontiers, très honoré Confrère, à publier ma lettre dans vos colonnes, pour peu que vous en ayez le désir, et vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments de bonne confraternité.

D[r] X.

Réponse. — Si nous la publions cette lettre ? Ah ! mais, oui, et nous lui donnons dans nos colonnes ce qu'on appelle, en style de presse, une place avantageuse.

Nous lui accorderons même une réponse, toute empreinte d'aménité, en vrai langage d'hommes *libres, honorables*, et dont la *conscience* serait aussi prompte à s'alarmer que celle de notre correspondant.

Qu'avons-nous dit, dans notre circulaire ? Textuellement ceci :

« Quand nous nous lançions dans des aléas pour « agrandir le journal, pour le propager ; quand nous « avons créé des œuvres filiales au prix d'impor- « tantes dépenses et en nous imposant des sacrifi- « ces pour leur recruter des adhérents, les proprié- « taires des produits inscrits à nos pages d'annon- « ces ont voulu participer aux risques. Ils avaient « foi, comme nous-mêmes, dans la valeur thérapeu- « tique des agents qu'ils vous signalaient : ils avaient « foi, comme nous-mêmes, dans le succès et l'expan- « sion de nos idées, de nos créations. Ensemble « nous avons semé, ensemble nous avons récolté. »

Or, marchant toujours sur le même principe, nous fîmes récemment un gros effort de plus. Nous avons dit à nos lecteurs : « Entrez dans le « Sou médical », nous y ajouterons, à la demande de tous, un organe de protection capitale, une caisse de garantie contre la responsabilité civile qui vous couvrira jusqu'à concurrence de 2.000 francs contre les dommages-intérêts qu'on prend l'habitude de vous demander, et souvent de vous imposer sans vouloir se souvenir que notre profession est un art, qu'elle est faillible et d'ailleurs dépourvue de règle et de dogmes autres que ceux de la conscience et de la bonne foi. Vous ferez la moitié de la dépense annuelle nécessaire ; le budget de publicité du journal fera l'autre moitié.

Nous voilà donc désormais les uns et les autres de plus en plus intéressés à ce que ce budget tienne ses engagements et, pourquoi ne pas le dire, les augmente au besoin.

Et que faut-il pour assurer ce résultat ?

Tout simplement ceci : *A égalité de valeur et d'indications thérapeutiques, préférer scrupuleusement, dans nos prescriptions, les produits adoptés par le « Concours Médical » après sélection expérimentale. Nous devons cela à notre organe de défense commune. Nous le devons aussi aux annonciers, nos collaborateurs.*

Voilà ce que nous avons écrit, — sans pudeur, quelle qu'elle soit, — nous l'avouons.

Trouverait-on là-dedans la raison de ce trouble que reflète la missive de notre Confrère.

Aurait-il préféré nous voir assez hypocrites pour faire beaucoup de bruit autour des annonces de la couverture sans nous inquiéter de savoir ce que valaient les produits qui profiteraient de notre recommandation ?

Comme aux baraques de la foire, alors ? Tout à la parade, rien à l'intérieur ?

Pour terminer : laissant à notre correspondant son appréciation personnelle sur l'utilité pratique des spécialités pharmaceutiques, nous déclarons que, pas plus que lui, nous ne saurions accepter, au « *Concours* », de collaboration compromettante.

L'argent mis à notre disposition, en échange de services rendus, et *pour servir à l'intérêt matériel* du Corps médical si éprouvé, provient de source pure.

Nous voici donc presque d'accord,..... à part une tournure d'esprit quelque peu différente.

Nous garderons la nôtre, estimant qu'elle vaut bien quelque chose parce que c'est en examinant les faits à fond et non d'après des impressions clichées, que nous avons fait et fixé notre opinion.

La Direction.

REPORTAGE MÉDICAL

Loi modifiant les articles 20 et 25 de la loi du 15 février 1901 sur la protection de la santé publique. — Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. I[er]. — Le paragraphe 5 de l'article 20 du titre II de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique est modifié comme suit :

« Chaque commission sanitaire de circonscription sera composée de cinq membres au moins et de neuf au plus, pris dans la circonscription. Elle comprendra nécessairement un conseiller général élu par ses collègues et au moins un médecin, un pharmacien, un vétérinaire, un architecte ou un technicien d'une compétence analogue. »

Art. 2. — L'article 25 est modifié comme suit :

Art. 25. — Le conseil supérieur d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation ou de vente des eaux minérales, sur lesquelles il est consulté par le Gouvernement.

« Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'amenée d'eau d'alimentation des villes de plus de 5.000 habitants et sur le classement des établissements insalubres, dangereux ou incommodes.

« Il est spécialement chargé du contrôle de la surveillance des eaux captées en dehors des limites de leur département respectif pour l'alimentation des villes.

« Le conseil supérieur d'hygiène publique de France est composé de cinquante-cinq membres.

« Sont membres de droit : le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur ; l'inspecteur général des services sanitaires ; le directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'intérieur ; le directeur des consulats et des affaires commerciales au ministère des affaires étrangères ; le directeur général des douanes ; le directeur des chemins de fer au ministère des travaux publics ; le directeur du travail au ministère des travaux publics ; le directeur du travail au ministère du commerce, des postes et des télégraphes ; le directeur de l'enseignement primaire au ministère de l'instruction publique ; le président du comité technique de santé de l'armée ; le directeur du service de santé de l'armée ; le président du conseil supérieur de santé au ministère des colonies ; le directeur des domaines au ministère des finances ; le doyen de la faculté de médecine de Paris ; le directeur de l'école de pharmacie de Paris ; les professeurs d'hygiène des facultés de médecine de Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Nancy, Toulouse, Montpellier et des écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice d'Alger, Marseille, Nantes et Rennes ; le président de la chambre de commerce de Paris ; le directeur de l'administration générale de l'assistance publique à Paris ; les vices-présidents du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine ; l'inspecteur général du service d'as-

sainissement de l'habitation de la préfecture de la Seine ; le vice-président du conseil de surveillance de l'assistance publique de Paris ; l'inspecteur général des écoles vétérinaires ; le directeur de la carte géologique de France.

« Six membres seront nommés par le ministre sur une liste triple de présentation dressée par l'académie des sciences, l'académie de médecine, le conseil d'Etat, la cour de cassation, le conseil supérieur du travail, le conseil supérieur de l'assistance publique de France.

« Quinze membres seront désignés par le ministre parmi les médecins, hygiénistes, ingénieurs, chimistes, légistes, etc.

« Un décret d'administration publique réglementera le fonctionnement du conseil supérieur d'hygiène publique de France, la nomination des membres et la constitution d'une section permanente ».

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et la Chambre des Députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 29 janvier 1906.

Emile LOUBET.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'intérieur,

DUBIEF.

N. — Si nous n'avons pas hésité à reproduire ce long texte, c'est afin de montrer qu'au milieu de compétences générales, l'on ne trouve jamais, dans les conseils de ce genre, le praticien de campagne qui serait si indiqué pour la mise au point des applications d'une loi comme celle de 1902.

Etonnez-vous après cela de l'éternelle réponse de nos municipalités rurales : « Tout cela est bon pour les grandes villes, mais tous ces réglements sont inapplicables chez nous ».

La vaccination devant la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris. — A l'une des dernières séances de cette active Société, après une longue et intéressante discussion étayée des arguments et des faits les plus probants, MM Louis Gourichon et Rotillon ont fait adopter l'ordre du jour suivant au sujet de la vaccination à Paris :

« Les médecins des bureaux de bienfaisance, préoccupés des projets de revaccination obligatoire, croient de leur devoir d'émettre leur opinion sur les points suivants :

1° Le vaccin en tubes est préférable, à tous points de vue, au vaccin direct de génisse à bras ;

2° Le médecin vaccinateur aura le libre choix de son vaccin en tubes pourvu qu'il émane d'un institut de vaccine approuvé par la Commission de contrôle ;

3° Les médecins de l'Assistance médicale feront partie du corps des médecins vaccinateurs ;

4° Le médecin vaccinateur contrôlera lui-même le résultat de la vaccination qu'il aura faite.

Faculté et Hôpitaux.

M. le Prof. Bouchard commencera le cours de pathologie et de thérapeutique générales le jeudi 8 mars 1906 à 5 h. (petit amphithéâtre de la Faculté) et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Thérapeutique des maladies chroniques.

— M. le Prof. A Robin commencera son cours de clinique thérapeutique le jeudi 8 mars 1906, à 10 h. du matin, et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le Prof Déjerine, commencera ses leçons sur les maladies du système nerveux, à la Salpêtrière, le mardi 6 mars 1906, à 5 h. et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

Le mercredi à 9 h. 1/4, examen des malades à la consultation externe.

Le cours aura lieu dans la salle de la consultation externe,

— M. le Prof. Terrier continuera son enseignement clinique à la Pitié. Il reprendra ses leçons, qui auront lieu les mardis et vendredis à 9 1/2, le vendredi 9 mars 1906.

Enseignement complémentaire : 1° exercices cliniques et examens de malades sous la direction de M. Alglave, chef de clinique, les mardis à 10 h (amphithéâtre Gosselin) ; 2° chirurgie d'urgence et petite chirurgie par M. Desjardins, chef de clinique adjoint, les lundis à 4 h. (amphithéâtre Gosselin) ; 3° maladies des voies urinaires par M. de Sard, chargé de la consultation, les jeudis à 4 h. (amphithéâtre Gosselin) ; 4° maladies du larynx du nez et des oreilles, par M. Stepinski, chargé de la consultation les vendredis à 4 h. (amphithéâtre Gosselin) ; 5° anatomie pathologique et démonstrations histologique, par M. Legros, chef du laboratoire, les jeudis, à 11 h. (laboratoire d'anatomie pathologique).

— M. Balthazard, agrégé, commencera des conférences de médecine légale le lundi 5 mars 1906 à 4 h. (grand amphithéâtre de la Faculté) et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Objet du cours : Etude médico-légale des traumatismes et de leurs conséquences.

— M. A. Branca, agrégé, commencera des conférences d'histologie le samedi 3 mars 1906, à 5 h. (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis, et samedis suivants à la même heure. Sujet du cours: Les tissus.— Les organes de la nutrition. L'appareil uro-génital.

— M. Broca (André), agrége, commencera les conférances de physique médicale le lundi 5 mars 1906, à 5 h. (amphithéâtre de physique et de chimie de la Faculté), et les continuera les mercredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. Langlois, agrégé, commencera des conférences de physiologie le lundi 5 mars à 4 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, et vendredis suivants, à la même heure. Sujet du cours : Circulation et respiration.

— M. Thiroloix, agrégé, commencera ses conférences le mercredi 7 mars 1906, à 5 h. (petit amphithéâtre de la faculté), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Objet des conférences : Maladie des voies respiratoires.

— Le cours de médecine légale pratique, commencé à la Morgue le mercredi 8 novembre 1905, à 2 h. de l'après-midi, se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Dupré, agrégé, médecin en chef adjoint de l'infirmerie speciale, chargé du cours pratique de médecine légale psychiatrique, commencera ses conférences du semestre d'été, le samedi 10 mars 1906, à 3 h., et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure, 3, quai de l'Horloge (infirmerie spéciale).

Sont seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, après inscription au Secretariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les étudiants ayant subi le 3° examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) est ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique. Ces élèves sont inscrits au laboratoire après autorisation du Doyen et le versement d'une somme de 50 francs par trimestre.

Sont seuls admis à suivre les conférences cliniques de psychiatrie médico-légale après inscription au secrétariat de la faculté : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les internes des hôpitaux ; 3° MM. les étudiants ayant subi le 4° examen de doctorat.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année — N° 10 — 11 MARS 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le « Concours pharmaceutique. »

Nous venons de lire, et avec la plus grande attention, les premiers numéros du journal le « *Concours pharmaceutique.* »

L'accueil sympathique que nous avions fait à ses promesses, il y a deux mois, ne suffit plus à traduire l'attitude que le « *Concours médical* » doit prendre à son égard, et cela sans plus tarder.

Tous ceux des médecins qui ne savent pas s'affranchir de la tendance à généraliser à toute une profession les vices des brebis galeuses qu'elle renferme, tous ceux qui se font, ou acceptent toutes faites, des opinions basées sur le débinage traditionnel et systématique ; tous ceux qui, du premier coup, gobent ce que le public leur raconte au sujet du confrère et du pharmacien, sans faire la contre-enquête auprès de ceux-ci, vont être étonnés d'apprendre que l'appel jadis lancé par Cézilly dans nos rangs, vient de l'être avec le même succès par le « Concours Pharmaceutique ».

L'existence, déjà pressentie en maints endroits, d'un courant de rapprochement salutaire et prometteur entre la médecine et la pharmacie, toutes deux malades du régime de l'hostilité réciproque, est à la veille de recevoir son éclatante démonstration.

Les deux apôtres qui ont créé, parallèlement au « *Concours Medical* », sur les mêmes bases, par les mêmes moyens, la Ligue d'étroite solidarité qui a nom : « *Conc urs pharmaceutique* » ont mis en tête de son programme et adopté comme devise *l'accord avec les medecins.* Par ce qu'ils ont pu exposer très succinctement, par ce qu'ils affichent moins encore que parce qu'ils laissent percer, la conviction s'acquiert qu'une colonne d'élite, obstinée et invincible, se forme à côté de la nôtre, pour marcher au même but, donner s'il y a lieu tous assauts répétés, reconquérir à nos deux professions ce qu'elles ont perdu, et cela, en obéissant à des consignes, à des mots d'ordre qui seront, si nous le voulons, ensemble concertés.

C'est une force inouïe, qui s'organise pour faire cause commune avec nous, aux heures les plus critiques de nos luttes. Nous en avions le pressentiment et nous l'avons écrit le 1er janvier : nous en avons aujourd'hui la certitude après nous être livrés hier à un long échange de vues avec les fondateurs du « *Concours pharmaceutique* ».

Ils nous ont dit et montré le bel écho, qui a répondu à leur appel ; ils nous ont donné la preuve de la légitimité de leurs espérances. Conduits, par le hasard, à placer leur siège social au n° 93 de la rue de la Victoire, ils sont en train de faire le 93 de bien des routines et de remporter des victoires éclatantes sur l'inertie, l'indifférence et l'individualisme ruineux.

Mais tout cela n'est encore que le résultat de leur action personnelle par quelques numéros du journal, et ils sont surtout obsédés du désir de voir confirmer le succès et assurer l'avenir par la constitution d'un chiffre imposant d'abonnés, en

« Société d'Etudes » analogue à la nôtre : ils veulent pouvoir, au plus tôt, parler comme le « Concours médical » au nom de plusieurs milliers d'affiliés.

C'est, paraît-il, à la fin de cette quinzaine, qu'on va se compter chez eux, en payant la quittance d'abonnement.

Or, comme nous venions de leur serrer la main sur un vœu bien senti à ce sujet, nous nous demandâmes, suivant l'habitude, si le « Concours médical » qui ne s'en tient pas souvent aux phrases, n'avait rien de plus à faire pour la Ligue amie et alliée.

Tant de platonisme nous répugnerait, n'est-ce pas, chers confrères ?

Rentrons donc dans l'attitude agissante qui nous convient, et cela d'une façon bien simple et bien facile

Par la présente, le Conseil de Direction promet aux fondateurs du « Concours Pharmaceutique » que chaque membre du « Concours Médical », dût-il rompre un peu de glace, aura obtenu, avant le 15 mars, l'abonnement de son pharmacien ou de ses pharmaciens.

Puisqu'il est entendu qu'à lire les mêmes journaux, on se fait les mêmes opinions, n'est-il pas du devoir le plus strict, pour tous nos sociétaires, d'assurer ainsi le succès de la campagne projetée en commun ?

En tous cas, nous venons de le promettre. Qui voudra nous désavouer ?

LA SEMAINE MÉDICALE

Erratum.

Dans un récent article du n° 8 du « *Concours médical* », page 129, intitulé : « Le Salicylarsinate de mercure », nous avons imprimé par erreur : « Ce composé est un mélange, » au lieu de « ce médicament est un sel bien défini, cristallisable. »

La croissance et le poids des enfants parisiens de 1 à 16 ans.

MM. Variot et Chaumet viennent de communiquer à la Société de Pédiatrie et à l'Académie des sciences, les résultats des recherches qu'ils ont entreprises sur les enfants, garçons et filles, des crèches, écoles et orphelinats de Paris, pour établir une table de croissance moyenne de la taille et du poids selon l'âge. Ils ont utilisé un appareil mensurateur nommé le pédiomètre.

Voici ces résultats :

Moyennes du poids et de la taille de la première à la seizième année, d'après 4,400 mensurations dans les Ecoles de la Ville de Paris et dans les crèches, dispensaires et consultations externes, etc.

Ces moyennes sont calculées sur des séries de 100 à 190 individus pour chaque année d'âge et pour chaque sexe.

	Taille en centimètres				Poids en kilogrammes			
AGES	GARÇONS		FILLES		GARÇONS		FILLES	
		Différence		Différence		Différence		Différence
1 à 2	74.2		73.6		9.500		9.300	
2 à 3	82.7	8.5	81.8	8.2	11.700	2.2	11.400	2.1
3 à 4	89.1	6.4	88.4	6.6	13.000	1.3	12.500	1.1
4 à 5	96.8	7.7	95.8	7.4	14.300	1.3	13.900	1.4
5 à 6	103.3	6.5	101.9	6.1	15.900	1.6	15.200	1.3
6 à 7	109.9	6.6	108.9	7.0	17.500	1.6	17.500	2.2
7 à 8	114.4	4.5	113.8	4.9	19.100	1.5	19.000	1.6
8 à 9	119.7	5.3	119.5	5.7	21.100	2.1	21.200	2.2
9 à 10	125.0	5.3	124.7	4.8	23.800	2.7	23.900	2.7
10 à 11	130.3	5.3	129.5	5.2	25.600	1.8	26.600	2.7
11 à 12	133.6	3.3	134.4	4.9	27.700	2.1	29 000	2.4
12 à 13	137.6	4.0	141.5	7.1	30.100	2.4	33.800	3.8
13 à 14	145.1	7.5	148.6	7.1	35.700	5.6	38.300	4.5
14 à 15	153.8	8.7	152.9	4.3	41.900	6.2	43.200	4.9
15 à 16	159.6	5.8	154.2	1.3	47.500	5 6	46.000	2.8

Il résulte de la lecture de ce tableau et des courbes très démonstratives qu'il est aisé de construire avec ces séries de chiffres, que la taille à partir de 11 à 12 ans chez les filles, 134,4, l'emporte sur celle des garçons 133,4, et que cette supériorité temporaire se prolonge jusqu'à 13 à 14 ans, où la taille est réciproquement de 148,6 pour les filles et de 145,1 pour les garçons. L'année suivante, de 14 à 15 ans, les garçons passent à 153,8 et les filles se laissent distancer à 152,9. A partir de là, la taille restera plus élevée chez les garçons.

Pour les variations du poids, suivant les sexes, il résulte de nos tables que dès l'âge de 9 à 10 ans, les filles préparent leur accroissement plus précoce que celui des garçons, vraisemblablement en rapport avec l'approche de la puberté.

De 9 à 10 ans, le poids des filles, jusque-là presque égal à celui des garçons, s'élève à 23 k. 900, au lieu de 23 k. 800. De 10 à 11, le poids est pour les filles de 26 k. 600 au lieu de 25 k. 600, puis de 11 à 12, de 29 k. au lieu de 27 k. 700, puis de 12 à 13, de 33 k. 800 au lieu de 30 k. 100 ; de 13 à 14, de 38 k. 300 au lieu de 35 k. 700, de 14 à 15, de 43 k. 200 au lieu de 41 k. 900, et enfin, de 15 à 16, les garçons reprennent le dessus avec 47 k. 500 au lieu de 46 k. pour les filles. La supériorité temporaire du poids des filles sur le poids des garçons a donc duré six années.

L'étude de ces chiffres démontre bien l'erreur dans laquelle sont tombés les auteurs, qui ont voulu calculer par une formule mathématique le poids réciproque des garçons et des filles, en partant du poids de naissance un peu plus faible de ces dernières. D'après eux, le poids des garçons à 15 ans serait de 46 kilos et celui des filles de 36 kilos seulement. Or, ces dernières, de 14 à 15 ans pèsent 43 k. 200 et les garçons seulement 41 k. 900. L'écart des chiffres fournis par l'observation, de ceux donnés par des calculs théoriques, est assez considérable pour être relevé.

Remarques sur le curettage utérin.

Dans un article du Bulletin de l'association d'enseignement médical professionnel, M. le Dr Arrou, chirurgien des hôpitaux, donne de très pratiques conseils pour la préparation et les suites du curettage utérin.

Tout d'abord, pour exécuter un curettage utérin, il faut faire la dilatation ; M. Arrou déconseille l'usage des dilatateurs métalliques :

« Je vous demande de ne jamais vous en servir, dit-il. Les indications sont trop rares pour que je puisse parler autrement, et si vous m'en croyez, nous les considérerons comme des instruments d'exception. Vous avez mieux que cela dans la laminaire. La vraie, la bonne dilatation utérine se fait de la manière suivante: lundi, vous placez dans l'utérus une laminaire fine, par exemple un nº 6 ; mardi, vous retirez cette première tige, et la remplacez par une seconde nº 12. Elle pénètrera sans difficulté, convenablement enduite de vaseline stérilisée. Mercredi, ce sera un nº 18, et jeudi, vous ferez votre opération sur un organe assoupli, étalé, tout préparé à se laisser nettoyer dans ses moindres recoins. Trois jours de dilatation, me direz-vous, c'est beaucoup ! Oui, sans doute, en quelques cas, chez des femmes trop nerveuses, trop pressées, en hâte d'en finir. Celles-là souffrent quelquefois beaucoup pendant les premières : 24 heures, s'impatientent, perdent toute docilité. Calmez-les avec un lavement ainsi composé :

Eau bouillie...............	60 grammes
Laudanum de Sydenham.	20 gouttes.
Antipyrine...............	1 gramme.

« Aidé de la large compresse chaude sur l'hypogastre, ce lavement fait merveille, et il a l'avantage de pouvoir être renouvelé une fois dans le courant de la journée. Il peut arriver cependant que vous ayez la main forcée, et que trois jours de tige paraissent vraiment bien longs à la patiente. Alors, vous transigerez, et après 48 heures de dilatation, vous serez autorisé à parfaire celle-ci au début même de votre intervention, grâce aux bougies d'Hégar métalliques. La bougie ne vaut pas la laminaire, c'est entendu ; mais c'est un instrument dont il ne faut pas dire de mal, et que j'emploie volontiers à l'occasion.

« Et le col ? Dans les vieilles métrites, il est souvent, sinon toujours, volumineux, boursouflé, dur ici, mollasse un peu plus loin. C'est un col bourré de glandes dilatées et infectées, auteur responsable des longues pertes glaireuses que vous connaissez. Qu'allez-vous faire de ce col ? Je vous dirais bien de le traiter par un quelconque des procédés dérivés de Schröder, s'il s'agit surtout d'une femme de quarante ans. Mais je n'ose vraiment pas prononcer ce mot. Il faut, pour se lancer dans l'évidement, la résection, l'amputation du col, avoir une technique parfaite, être certain de pratiquer cette opération d'une façon IRRÉPROCHABLE. Sinon, il vaut mieux s'abstenir, et chercher autre chose. Cet « autre chose », vous l'avez dans l'acupuncture du col. Prenez un fin bistouri, ou mieux un ténotome pointu, et piquez le col, à un bon centimètre de profondeur, une trentaine, une quarantaine de fois. Vous n'en sauriez trop faire. En ce faisant, vous verrez se vider ici une glande à liquide clair, plus loin, un vrai kyste purulent. Voilà de bonne besogne. Cela saigne bien un peu, quelquefois beaucoup ; mais il n'en faut pas tenir compte, piquez vite et profondément, puis arrêtez l'hémorragie en nappe par l'application provisoire d'un gros tampon solidement appuyé. Ainsi pratiquée, l'acupuncture vous donnera un assez bon résultat. Sans doute, votre malade conservera quelques pertes glaireuses, mais vous l'en aurez prévenue, lui affirmant que ce n'est là qu'un mince inconvénient, et qu'il vaut mieux s'en tenir là, que chercher, témérairement, à aller plus loin, ce qui est d'ailleurs la vérité.

« Votre opération est terminée. Il s'agit maintenant de drainer et de panser. Pour le drainage, vous avez la mèche de gaze ou le drain proprement dit. La mèche tamponne très bien, mais draine très peu ou plutôt très mal. Le drain tamponne mal, mais justifie son nom en drainant très bien. Si donc, vous avez affaire à un utérus peu infecté, faites ce que vous voudrez. Mais, si la métrite est ancienne, le corps utérin volumineux, surtout, si vous avez curetté pour arrêter les accidents septiques consécutifs à l'avortement, il faut un drain et pas de mèche. Les très gros utérus du cinquième au sixième mois se drainent fort bien avec le drain métallique de Mouchotte; celui de caoutchouc durci, nº 25 par exemple, suffit pour les autres cas. Portez-le jusqu'au fond même de l'utérus, et coupez-le en sifflet à quelques millimètres en avant du museau de tanche; le pansement le maintiendra sans qu'il soit besoin d'épingle, ni de fil fixateur. Toutefois, comme il faut qu'il reste à tout prix dans les matrices sérieusement infectées, vous êtes autorisés à le fixer, dans ce cas particulier, à une lèvre du col, au moyen d'un crin ou d'une soie laissée bien visible et flottant dans le vagin.

« Terminons par un mot sur le pansement et les soins consécutifs. J'ai recours, généralement à la gaze iodoformée et non tout bonnement stérile. Je ne veux pas discréditer celle-ci, puisque vous ne voyez pas autre chose dans le service. Toutefois, dès qu'il s'agit de foyer tuberculeux à anfractuosité, de fracture compliquée à panser à plat ou d'opération quelconque par la voie vaginale, c'est toujours la gaze iodoformée que j'emploie. Comme tout le monde, ou à peu près tout le monde, je l'avais abandonnée ; j'y suis revenu pour ces cas particuliers, suivant en cela l'excellente technique de Richelot, et je ne suis pas disposé à la changer pour autre chose, à moins qu'on ne m'apporte un jour son équivalent thérapeutique, avec la mauvaise odeur en moins. Encore celle-ci est-elle bien masquée aujourd'hui par l'emploi de la coumarine. Mettez donc, si vous m'en croyez, un gros tampon iodoformé unique sur le col, d'autres tampons stérilisés devant celui-ci, et rapportez votre malade dans son lit.

« La suite des choses est facile à établir. Dans les cas graves, il faut maintenir le drainage, panser chaque jour, laver quelque peu, laisser en somme cette cavité utérine ouverte s'aseptiser progressivement, comme vous le feriez pour une poche purulente. S'agit-il, au contraire, d'un cas léger ? Enlevez votre pansement et votre drain après 48 heures et ne remettez rien du tout. Six injections à l'eau bouillie le premier jour, quatre le second, puis deux à partir de ce moment-là, voilà tout votre traitement. En agissant ainsi, vous réglerez simplement une opération pour laquelle vous ne m'avez vu employer ni sublimé, ni permanganate, ni chlorure de zinc, le bon savon ordinaire suffisant à tout nettoyage, pour vos mains comme pour le vagin, à la condition de l'employer longuement, et de croire, de ferme

foi, qu'il est seul capable de rendre propres les doigts de l'opérateur et son champ d'opération ».

Plombières et Châtel-Guyon contre l'entérite muco-membraneuse.

MM. F. Bernard, de Plombières, et F. Baraduc, de Châtel-Guyon, ont fait, au Congrès d'Hydrologie de Venise de 1905, une longue communication sur les indications et sur l'action curative des eaux de Plombières et de Châtel-Guyon contre l'entéro-colite et en font ressortir les avantages particuliers.

« *Plombières.* — Les eaux de *Plombières*, faiblement minéralisées, sont surtout remarquables par leur abondance et la variété de température de leurs différentes sources (13 à 74 degrés). Ce sont des eaux alcalines, silicatées, sodiques et arsenicales ; les recherches récentes de M. Curie y ont démontré la présence d'émanations radio-actives. Elles sont employées en bains, boisson, douches générales, douches abdominales, irrigations intestinales, douches vaginales, étuves. On peut ainsi instituer à Plombières des médications bien différentes. On peut obtenir des effets excitants au moyen de bains chauds et courts et de certains procédés hydrothérapiques. Mais la caractéristique de la cure consiste dans l'emploi des procédés sédatifs ; le bain tiède ou tempéré constitue ainsi la médication, type de *Plombières.*

« Ce que l'on doit, en effet, envisager avant tout, lorsqu'on étudie l action des eaux de *Plombières*, c'est la sédation qu'elles procurent à tout l'organisme ; elles calment les phénomènes douloureux et éréthiques et modèrent la désassimilation du système nerveux. Ces propriétés lénitives et calmantes sont surtout remarquables lorsqu'elles s'exercent sur les affections du tube digestif, intestin et estomac. En agissant plus ou moins directement sur l'innervation de ces organes, les bains modifient leurs sécrétions, combattent les phénomènes inflammatoires dont ils sont le siège, régularisent leurs fonctions. Les eaux jouissent aussi de propriétés anti-rhumatismales ; à rapprocher de cette action sur le rhumatisme, la diminution d'acide urique constatée au cours du traitement.

« De ces trois ordres de faits : sédation du système nerveux, amélioration des fonctions digestives, action anti-rhumatismale, découlent les indications de *Plombières* dans l'entéro-colite membraneuse. Le traitement de *Plombières* a pour effet de calmer l'éréthisme nerveux, d'atténuer les douleurs, de procurer aux malades un calme bienfaisant, de modérer, par une sédation s'exerçant sur les nerfs de l'intestin, l'excitation sécrétoire et nervo-motrice dont cet organe est le siège. Ajoutons que les analyses montrent que les bains diminuent l'acidité totale, l'acide chlorhydrique libre et combiné du suc gastrique, d'où l'indication de *Plombières* chez les dyspeptiques hypersthéniques. D'autre part, comme les entéro-colitiques sont souvent des arthritiques, les bains, dont on connaît l'action anti rhumatismale, auront en outre sur la diathèse une influence néfaste.

« Quelles sont les formes d'entéro-colite que l'on doit adresser plus spécialement à *Plombières* ? D'une façon générale, les nerveux, les éréthiques, les congestifs, les sujets qui ont des manifestations arthritiques bien nettes sont justiciables du traitement. Dans les formes d'entéro-colite avec prédominance des symptômes douloureux dans la sphère abdominale (entéralgie-cystalgie, etc.), dans les formes diarrhéiques, lorsque la diarrhée paraît être d'origine nerveuse plutôt qu'infectieuse, *Plombières* est aussi particulièrement indiqué.

Châtel-Guyon. — Les eaux de *Châtel-Guyon* sont des eaux thermales (24 à 38 degrés) chlorurées sodiques et magnésiennes, bicarbonatées mixtes.

« Elles sont principalement employées en boisson, et secondairement en applications externes : bains à eau courante à 34 degrés et 28 degrés, en général avec douche sous-marine, bains à eau dormante, douches générales, irrigations intestinales, irrigations vaginales, bains de siège. L'eau en boisson constitue la partie essentielle du traitement. Toutefois, les bains à eau courante ont un rôle important. Ils sont employés d'habitude concurremment avec l'eau en boisson dont ils complètent les effets thérapeutiques.

« L'action de la cure de *Châtel-Guyon* dans l'entéro-colite peut ainsi se résumer :

« 1° L'action primordiale est une action intestinale. L'eau de *Châtel-Guyon* n'est pas purgative, mais essentiellement tonique de l'intestin auquel elle redonne un fonctionnement normal et régulier. Comme l'ont montré les expériences de Laborde, elle excite la contraction des muscles intestinaux et la sécrétion des glandes, et doit cette action principalement au chlorure de magnésium ayant pour adjuvants le chlorure de sodium, les bicarbonates alcalins et l'acide carbonique libre. Cette action stimulante produit en définitive la régularisation intestinale et la modification des sécrétions anormales.

« Cette action régulatrice est complétée par une action antiseptique et par une action décongestionnante.

« 2° Elle stimule les contractions des canaux biliaires et de la vésicule, combat l'acholie, décongestionne le foie et lui redonne un fonctionnement normal. Elle est excitante de la motricité et de la sécrétion gastriques, et exerce une heureuse influence sur les fermentations anormales. Elle décongestionne les organes utéro-ovariens et stimule leurs fonctions.

« Elle agit donc sur un certain nombre des états morbides qui s'associent à l'entéro-colite, la déterminent, ou la compliquent (congestion et insuffisance hépatiques, lithiase biliaire, dyspepsies hyposthéniques, troubles fonctionnels et congestifs des organes utéro-ovariens) ;

3° La cure de Châtel-Guyon a une action désintoxicante manifeste. Elle neutralise les poisons préformés par l antisepsie intestinale, elle les élimine rapidement par son action déconstipante, par l'activité plus grande qu'elle donne au fonctionnement hépatique, par son action nettement diurétique, et enfin par la régularisation des fonctions de la peau et de la circulation périphérique que produisent les bains à eau courante ;

« 4° Enfin la cure de Châtel-Guyon, par son action sur la nutrition générale, va heureusement combattre le terrain même sur lequel se sont développés l'entéro-colite, le neuro-arthritisme. L'action réunie de l'eau en boisson et du bain va stimuler énergiquement la circulation générale, tonifier le système nerveux et précipiter les échanges nutritifs. Les eaux de Châtel-Guyon

sont donc essentiellement toniques et reconstituantes.

« Il résulte du mode d'action de la cure de *Châtel-Guyon* que, parmi les malades d'entéro-colite, en sont plus particulièrement justiciables : les anémiés, les torpides, les déprimés, les congestionnés sous-diaphragmatiques, les hépatiques, les intoxiqués, les hyposthéniques généraux et plus spécialement les hyposthéniques gastro-intestinaux. »

Traitement de la fissure anale par les courants de haute fréquence.

M. le Dr Georges Ronneaux a décrit dans sa thèse un nouveau procédé de traitement de la fissure anale sphinctéralgique par les courants électriques de haute fréquence. Ce procédé est dû à Doumer et date de 1897.

« La technique du traitement est des plus simples. Le procédé consiste à introduire dans l'anus du malade, soit un cône métallique (l'électrode de Doumer mesure 13 centimètres de long sur 2 centimètres 1/2 dans son plus grand diamètre), soit une électrode de même forme et de mêmes dimensions à manchon de verre, préalablement bien graissée et reliée à l'extrémité supérieure d'un résonnateur Oudin en communication avec un appareil générateur de courants de haute fréquence. L'appareil n'est mis en marche, après réglage, qu'après l'introduction de l'électrode dans l'anus. L'application est absolument indolore. Si l'introduction d'une très petite partie de l'électrode est impossible par suite de l'intolérance de la fissure, il suffit, au début de la séance, d'en poser la pointe à l'entrée de l'anus et de faire passer le courant. Au bout de quelques secondes, par suite du pouvoir analgésique puissant de la haute fréquence, il est possible d'introduire une certaine longueur de l'électrode sans aucune sensation douloureuse pour le malade. Le passage du courant pendant quelques minutes permet l'introduction, souvent dès la première séance, de l'électrode tout entière, le déplissement des replis de la muqueuse, en même temps qu'un certain degré de dilatation du sphincter, sans effraction, sans déchirure et sans aucune autre sensation pour le malade qu'un peu de chaleur. La durée de la séance est de cinq à dix minutes.

« Dès la première séance, on obtient toujours une sédation marquée des phénomènes douloureux qui dure pendant quelques heures. Au bout de très peu de séances, on voit tous les symptômes s'amender et disparaître : dès la troisième ou quatrième, le patient ne souffre plus qu'au moment de la défécation. l'élément spasmodique est très amélioré en même temps que la fissure se cicatrise. La guérison est complète en un nombre de séances qui varie entre cinq et douze. Celles-ci ont lieu, soit tous les jours au début, soit tous les deux jours. Je préfère personnellement les séances tous les deux jours et un peu longues à des séances quotidiennes ne dépassant pas cinq minutes. Dans la suite, au fur et à mesure qu'on s'achemine vers la guérison, on espace davantage les applications. Les résultats sont d'autant plus rapides que l'affection est plus aiguë et la douleur plus intense.

« En même temps que tous les symptômes s'amendent, on voit les affections concomitantes, qui ne sont pas rares dans la fissure à l'anus, hémorroïdes, végétations, prurit et eczéma anal, constipation, s'améliorer et disparaître, si l'on prolonge suffisamment le traitement après la guérison de la fissure. »

Cette méthode présente de nombreux avantages sur la dilatation brutale ; elle ne nécessite ni anesthésie, ni constipation.

Localement, le courant agit en apportant de puissantes modifications dans la circulation (vasoconstriction suivie de vasodilatation), et en favorisant ainsi les phénomènes de diapédèse et la leucocytose : il élève la température, augmente les échanges nutritifs, exagère la vitalité locale et les secrétions glandulaires. C'est de plus un très puissant analgésique.

D'après ce qui précède, on voit quel intérêt il peut y avoir à essayer le traitement par les courants de haute fréquence dans la fissure à l'anus, quand les moyens médicaux ont échoué, et n'avoir recours à la dilatation forcée qu'après échec d'une électrisation sérieusement conduite, et cela pour le plus grand bien du malade et la sécurité absolue du malade et du médecin.

Le sérum antidysentérique.

MM. Vaillard et Dopter, après des considérations générales sur la nature étiologique de la dysenterie, où ils rappellent la distinction établie entre la dysenterie amibienne et la dysenterie bacillaire, communiquent les résultats qu'ils ont obtenus à l'aide d'un sérum anti-dysentérique, préparé par eux à l'Institut Pasteur. Les effets de ce sérum ne visent que la dysenterie bacillaire.

Ce sérum antidysentérique a été obtenu à la suite d'injections faites au cheval, sous la peau et dans les veines, à l'aide de cultures vivantes de bacille dysentérique et de toxine.

Étudié expérimentalement sur le lapin, il a manifesté des propriétés préventives, dont la durée n'excède pas huit à dix jours, ainsi qu'un pouvoir curatif.

Appliqué à la thérapeutique humaine, dans 96 cas de gravité différente où seul il a été utilisé pour le traitement, son efficacité s'est montrée de la façon suivante :

1° Action presque immédiate sur tous les symptômes locaux et généraux de la dysenterie. Les coliques, le ténesme, les épreintes diminuent d'intensité et disparaissent complètement vingt-quatre heures après l'injection de sérum. Parallèlement, les selles perdent la caractère dysentérique pour devenir fécaloïdes et se réduire à une selle par jour. L'état général est, de même, favorablement influencé.

2° Rapidité de la guérison. Chez les sujets soumis au sérum la durée de la maladie a été très réduite : la guérison est survenue après deux à trois jours dans les cas moyens; trois à quatre jours dans les cas sévères et quatre à six jours dans les formes graves. Sur quatre malades considérés comme voués à une mort prochaine, trois ont guéri après huit, onze et vingt jours : le quatrième a succombé au treizième jour.

La convalescence, habituellement longue et pénible, est rendue plus courte et facile.

Enfin, certains malades soumis tout d'abord aux traitements traditionnels, et n'étant pas

amendés par ces derniers ont reçu, après plusieurs jours, les injections de sérum. Le résultat n'a pas tardé à se manifester et, dès le lendemain, les symptômes ont rétrocédé pour prendre fin à bref délai. Le contraste a été frappant.

Le sérum antidysentérique agit d'autant mieux qu'il a été injecté tout au début de l'affection. Il influence, cependant, très favorablement les atteintes prolongées.

Vingt centimètres cubes de sérum sont suffisants dans les formes moyennes ; 30 centimètres cubes dans les formes sévères ; 40 à 60 centimètres cubes cubes d'emblée sont nécessaires dans les formes graves ; si, le lendemain, la détente n'est pas jugée suffisante, de nouvelles doses doivent être réinjectées. Dans les formes extrêmement graves, il ne faut pas hésiter à injecter, dès le premier jour, 80, 90 et 100 centimètres cubes, et répéter les injections les jours suivants.

Le sérum antidysentérique constitue, en réalité, le seul traitement spécifique de la dysenterie bacillaire. Il est incomparablement supérieur en efficacité à tous les autres traitements habituellement employés. *(Gaz. des Hôpit.)*

Sérothérapie de la fièvre typhoïde.

M. Raoul Brunon a employé le sérum antityphique de Chantemesse dans le traitement de 100 enfants atteints de fièvre typhoïde.

Voici les conclusions auxquelles il a été amené :

« 1° Dans le service des enfants de l'hospice général de Rouen, la mortalité par fièvre typhoïde était de 17 p. 100 avec le traitement des bains. Elle est tombée à 3 p. 100 avec le traitement par le sérum et les bains.

2° Tous les malades traités dès la première semaine ont guéri.

Ceux qui sont morts avaient été injectés tardivement : quinzième, seizième, trente-huitième jour.

3° L'injection de sérum divise la marche de la maladie en deux périodes. L'injection est suivie d'une courte période de réaction à laquelle fait suite la période de défervescence.

Dans tous les cas injectés près du début, la durée de la maladie a été diminuée, la marche a été normale sans complications.

Enfin, sur 100 cas, les complications graves ont été rares. Chez la moitié des malades, l'urine contenait au moment de l'entrée 0,10 à 0,40 centigrammes d'albumine. Dans aucun cas, l'albumine n'a augmenté après l'injection de sérum.

4° D'après les cas observés pendant une période de deux ans et demi, le sérum de Chantemesse a modifié la physionomie classique de la fièvre typhoïde, atténué la maladie dans son ensemble, diminué la durée, diminué les risques de complications et abaissé considérablement le taux de la mortalité. » *(Gaz. des Hôpit.)*

Le nitrite d'amyle contre les hémoptysies.

MM. les Drs A. Pic et Petitjean, de Lyon, ont présenté ce mois dernier à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon, un long rapport sur les différents médicaments hémostatiques employés dans les cas d'hémoptysies et sur les remarquables résultats qu'ils ont obtenus, par l'emploi du *nitrite d'amyle*.

Il résulte de ces recherches que la dose utile varie de trois à neuf gouttes, en inhalation, que le temps latent est extrêmement court, de 1/2 minute à trois minutes, et que par suite l'action est très rapide ; qu'il n'y a pas de vaso-dilatation consécutive à la vaso-constriction : — que les inconvénients sont minimes (céphalée, vertiges, éblouissements, bourdonnements d'oreille, liés à la congestion céphalique), puisque l'on n'a pas observé de cas mortel ; que l'action hémostatique se produit, soit dans les hémoptysies congestives du début de la tuberculose, soit dans les hémoptysies de la période cavitaire.

Pour MM. Pic et Petitjean, le nitrite d'amyle est un hypotenseur et vaso-dilatateur de la grande circulation ; c'est, de plus, un cardio-tonique et un vaso-constricteur pulmonaire direct. Remarquons que cette action différente d'un même agent vaso-moteur sur divers territoires considérés, bien loin d'être une anomalie, est fréquemment observée, et n'est peut-être même qu'un cas particulier d'une loi générale de balancement entre les divers territoires vasculaires. Ainsi le seigle ergoté élève la pression pulmonaire, alors qu'il abaisse la pression aortique (L. Plumier); la teinture et l'infusion de digitale, souvent aussi la digitaline, de même que la teinture de strophantus et la strophantine, qui élèvent la pression dans la grande circulation, sont à peu près sans action sur la petite (G. Mellin). On ne peut donc, comme l'a très bien dit Mellin, avancer, sans plus ample informé, qu'une substance toxique, dont on connaît l'action sur l'une des circulations, agira de même sur l'autre.

C'est en raisonnant ainsi par voie d'analogie que jusqu'ici, depuis la découverte, par Hare, de l'action hémostatique pulmonaire du nitrite d'amyle, on avait supposé à tort, selon nous, que cette hémostase résultait simplement d'un mécanisme passif, par dérivation sur la circulation générale. A cette vaso-dilatation générale se surajoute, en réalité, agissant dans le même sens, une vaso-constriction locale. Et cette vaso-constriction élective, en quelque sorte, sur le territoire de la circulation artérielle pulmonaire, explique, mieux encore que la vaso-dilatation générale, la rapidité d'action du nitrite d'amyle, qui est telle que l'on pourrait presque comparer son action à celle d'une bande d'Esmarch appliquée sur le poumon.

Donc, les inhalations de nitrite d'amyle constituent un excellent moyen à opposer aux hémoptysies ; et peut-être l'avenir montrera-t-il que dans d'autres territoires que le domaine de l' pulmonaire, le nitrite agit comme hémostatique ; ainsi, dernièrement, Moss le présentait comme susceptible d'arrêter des hémorragies dans le territoire de l'artère utérine.....

Mixtures anti-odontalgiques.

Quincerst, dans le cas de dents cariées, conseille la formule suivante :

Chlorhydrate de morphine } ââ deux centig
Cocaïne.................. }

On ajoute à cette poudre quelques gouttes de la solution :

Phénol crist.................. 0.50
Alcool à 90°, quelques gouttes pour rendre déliquescent puis quelques gouttes d'essence de girofle.

On plonge dans ce mélange un petit tampon de ouate et on l'introduit dans la dent cariée, puis on recouvre ce pansement actif d'une boulette occlusive de collodion.

On peut également prescrire la formule suivante (DAUCHEZ) :

Ether sulfurique............. 6 grammes
Laudanum de Sydenham.......} àà 4 gram.
Baume du Commandeur........}
Essence de girofle.............. XX gouttes

Si la gencive est douloureuse on la calmera à l'aide de frictions avec le mélange suivant :

Teinture d'iode............... 4 grammes
Teinture d'aconit..............} àà 2 gram.
Gaïacol.........................}

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le professeur MAUCLAIRE.

L'épithélioma des lèvres.

Les hasards de la clinique ont réuni dans nos salles deux malades atteints l'un et l'autre d'épithélioma des lèvres : à leur sujet, je me propose de vous dire aujourd'hui quelques mots sur cette importante question de pratique courante.

Voici d'abord l'histoire de nos deux patients.

Le premier est un homme de 66 ans. Il a vu apparaître, nous a-t-il dit, en 1898, un petit bouton sur sa lèvre inférieure, à la réunion de la muqueuse et de la peau. Remarquez déjà — c'est un point sur lequel j'aurai à revenir — l'ancienneté de l'affection et la lenteur de sa marche. La lésion ayant gagné les parties latérales, le malade entra à l'Hôtel-Dieu, où on lui fit l'ablation de la moitié droite de la lèvre. Cette opération fut suivie d'une guérison parfaite pendant un an, mais en 1900, une récidive se produisit : le bouton réparut et, avec la même lenteur, il envahit peu à peu la totalité de la lèvre. Dans ces conditions, le patient revint consulter à l'Hôtel-Dieu. Il présente, actuellement, sur tout le bord labial, une ulcération qui empiète légèrement sur la muqueuse et beaucoup sur la peau. La base de l'ulcère est indurée et la palpation détermine un phénomène qui depuis longtemps a attiré l'attention des cliniciens : le suintement sanguin. L'épithélioma labial saigne très facilement lorsqu'on le palpe. Nous avons recherché l'état des ganglions sous-maxillaires et sus hyoïdiens. Il nous a semblé percevoir une légère adénopathie dans la région sous-maxillaire droite. J'ajouterai que la lésion ne descend pas jusqu'à l'os maxillaire et qu'il n'y a, ni à la face interne de la lèvre supérieure, ni à la face interne des joues, de placards blanchâtres de leucoplasie. Les troubles fonctionnels consistent en une gêne de la déglutition, de la mastication, de la phonation, avec un certain degré d'écoulement de salive par la bouche. L'état général reste bon.

Je serai plus bref sur le second malade. C'est un homme de 64 ans, chez qui vous allez retrouver une néoplasie analogue, d'évolution aussi lente, mais localisée — ce siège est plus rare — à la lèvre supérieure. Le début s'est fait également par une petite masse, un bouton pour employer l'expression des malades, à l'union de la muqueuse et de la peau. Une excision partielle, pratiquée à l'hôpital Saint-Louis, a amené une guérison suffisante pendant deux années. Puis dans le cours de la troisième année, apparut au niveau de la cicatrice un épaississement et plus tard une ulcération. Le patient entre alors à l'hôpital. Nous l'avons examiné et, après quelques hésitations sur le diagnostic, nous avons confirmé la nature du mal par une biopsie. C'est bien un épithélioma qui, progressivement, a envahi tout le haut de la lèvre supérieure jusqu'à l'aile du nez.

Les observations de ces deux malades m'ont permis, déjà, de vous esquisser la symptomatologie de l'épithélioma labial. Ce néoplasme débute généralement à l'union de la muqueuse et de la peau. Il siège presque toujours à la lèvre inférieure et assez exceptionnellement (dans 5 % des cas environ) à la lèvre supérieure. Il se voit surtout chez l'homme, rarement chez la femme. Enfin il évolue ordinairement avec une lenteur particulière, ainsi que je vous le disais tout à l'heure.

Quelles sont les causes de l'épithélioma des lèvres ? Le mieux serait de répondre que nous ne les connaissons pas. On a invoqué le tabac, les traumatismes. Il est certain que des traumatismes répétés peuvent favoriser le développement d'une telle néoplasie. Toutefois, c'est là une opinion qui ne concorde pas toujours avec les données de l'observation : ainsi, il est des fumeurs qui tiennent par exemple leur pipe à gauche et qui ont un épithélioma à droite On a remarqué également, ce qui est vrai dans une certaine mesure, que les cicatrices prédisposaient à l'épithélioma. Une base étiologique plus exacte est le rôle de la leucoplasie dans la genèse de la tumeur épithéliale. Ceux d'entre vous qui ont suivi les services de l'hôpital Saint-Louis ont vu souvent ces placards blanchâtres, leucoplasiques, auxquels je fais allusion, lésions d'apparence bénigne, susceptibles néanmoins de dégénérer à un moment donné en épithélioma. M. Le Dentu a insisté sur les relations de la leucoplasie buccale avec l'épithélioma. Je dois ajouter, il est vrai, que la leucoplasie des lèvres est moins commune que celle des joues ou de la langue. M. Fournier ne l'a observée que 10 fois sur un total de 100 cas de leucoplasie. Dans l'étiologie de l'épithélioma de la lèvre, il est enfin un autre fait probable : je veux parler de la contagion, de l'inoculation. Ce point, encore mal précisé, n'est pas sans importance.

Comment débute l'épithélioma local ? on peut

lui décrire quatre modes de début, qui sont :

a) La forme fissuraire, sur laquelle Buisson, de Montpellier, a beaucoup insisté. Elle se définit d'elle-même ;

b) La forme végétante. C'est une saillie, un simple bouton recouvert d'une croûte et siégeant à la réunion de la muqueuse et de la peau ;

c) La forme indurée profonde, plus rare. C'est une induration profonde, analogue à l'épithélioma interstitiel de la langue ;

d) La forme ulcéreuse. C'est une ulcération qui persiste et s'étend en profondeur et en largeur.

Le diagnostic de l'épithélioma des lèvres doit se faire avec les gerçures simples, les ulcérations scrofuleuses, les papillomes. le chancre induré, les ulcérations secondaires, les gommes, les ulcérations tuberculeuses la leucoplasie, l'actinomycose, les tumeurs ulcérées.

Les gerçures simples siègent aux commissures ou au milieu des lèvres. Elles durent peu de temps et s'observent plutôt chez les enfants.

Les ulcérations scrofuleuses se voient également dans le jeune âge et guérissent assez rapidement.

On rencontre quelquefois des verrues, des papillomes à l'union de la peau et de la muqueuse des lèvres. Mais elles ont un développement modéré et elles ne s'ulcèrent pas.

Le diagnostic différentiel de l'épithélioma et du chancre induré est un des plus importants ; de nombreux chirurgiens ont fait la confusion. Le chancre est arrondi, surélevé, dur à la palpation. Son fond donne l'impression d'une plaque cartilagineuse ; le chancre, selon l'expression de M. Fournier, laisse sa carte de visite. Il offre, en outre, deux éléments caractéristiques; son évolution en quelques semaines et la polyadénopathie spéciale, dure, énorme, qui l'accompagne et se montre presque en même temps que lui. Malgré ces signes distinctifs bien des cliniciens s'y sont trompés. Il faut toujours, en pareille circonstance, penser à la possibilité du chancre labial, quels que soient l'âge et la situation sociale du malade.

En présence de certaines ulcérations persistantes des lèvres, vous pourriez hésiter entre l'épithélioma et les plaques muqueuses. Méfiez-vous des ulcérations des commissures, elles sont souvent syphilitiques.

Je ne m'arrêterai pas aux gommes des lèvres, en raison de leur rareté et de leur aspect particulier. Je ne dirai rien, non plus, de la tuberculose, du lupus labial. Il se localise de préférence à la lèvre supérieure, s'entoure fréquemment de nodules lupiques dans le voisinage.

La leucoplasie pure et simple coïncide généralement avec des placards leucoplasiques de la langue et de la face interne des joues.

Vous penserez à la fameuse actinomycose. Elle siège ordinairement sur les parties découvertes de la face et du cou, s'accompagne d'une sécrétion purulente abondante, mêlée de points jaunes. Elle se voit peu à Paris.

Vous penserez, enfin, aux tumeurs cutanées, fibromes, lipomes, etc., ulcérées. Ce sont là des lésions exceptionnelles.

Le pronostic de l'épithélioma des lèvres est variable. Il est des formes relativement bénignes et d'autres malignes. D'une manière générale, la néoplasie met des années à grossir et, une fois enlevée, elle est très lente à revenir ; la récidive n'est, d'ailleurs, pas fatale. Cependant, il est des cas malins et tous les chirurgiens ont eu l'occasion d'en rencontrer. Ils envahissent rapidement les parties voisines, les ganglions, l'os maxillaire.

La généralisation de l'épithélioma labial est rare : on ne connaît que quelques exemples de greffe de la tumeur à la lèvre supérieure et sur le tube digestif.

En somme, à part certaines exceptions, l'épithélioma de la lèvre est une néoplasie assez bénigne. Toutefois, le chirurgien doit s'efforcer d'en faire le diagnostic précoce, pour pouvoir appliquer le traitement de bonne heure.

Le traitement sera l'ablation large.

Je ne vous indiquerai pas tous les procédés d'exérèse qui ont été recommandés ; leur nombre atteint actuellement le chiffre 44. Le plus simple est le procédé cunéiforme, l'excision en coin de la lèvre. On sectionne celle-ci autour de la tumeur, en descendant plus ou moins bas ; on excise les tissus et l'on rapproche les deux surfaces cruentées par des points de suture.

On s'est demandé, ces derniers temps, si l'incision cunéiforme était suffisante. Les idées actuelles sont plus audacieuses et beaucoup d'auteurs conseillent de faire une exérèse plus complète, d'enlever toute la lèvre et de prolonger l'incision de façon à explorer et à évider la région sus-hyoïdienne et les deux fosses sous-maxillaires. De nos jours, cette opération se fait dans de bonnes conditions. Certes, la plaie saigne beaucoup, mais nous sommes bien armés pour pratiquer l'hémostase. Avec la position inversée de la tête, le sang ne s'écoule pas dans la bouche et les complications pulmonaires ne sont pas, dès lors, à redouter. D'autre part, il est facile de corriger l'étendue de la plaie par un bon procédé d'autoplastie.

Vous pourrez donc soit vous contenter de l'excision cunéiforme, soit faire une ablation entière de la lèvre suivie d'autoplastie.

Voyez, cependant, comme nous sommes peu fixés sur le traitement du cancer. Nous faisons des excisions larges, comprenant la tumeur et les ganglions, et, presque toujours, c'est dans.... la cicatrice que se produit la récidive. Est-ce une greffe opératoire ? C'est possible. Je suis partisan, malgré cela, des ablations larges, car j'estime que si elles n'empêchent pas la récidive, elles la reculent.

Les résultats opératoires sont excellents et, lorsqu'il y a récidive, elle est tardive, locale, assez bénigne. Worner, qui a réuni une statistique de 866 cas d'épithélioma de la lèvre traités chirurgicalement, a pu retrouver une proportion de 30 % de ces cas chez lesquels une période de trois années au moins s'était écoulée sans récidive. Cela montre que nous sommes en présence d'une variété de cancer relativement bénigne, accessible à la thérapeutique, à la thérapeutique chirurgicale, associée ou non à la radiothérapie.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE

Une bonne formule à conseiller aux praticiens.

Nous n'en sommes pas encore arrivés à désigner tel ou tel remède comme vraiment curateur

PATRONAGE MÉDICAL

BUT DE LA SOCIÉTÉ

Le **Patronage Médical** est une société civile en commandite.

La Société ne fait aucun acte commercial ; elle acquiert des actions, des titres divers de sociétés d'eaux minérales, d'établissements médicaux, etc. Les adhérents ne sont engagés que jusqu'à concurrence de la somme souscrite par eux.

Ils sont donc co-propriétaires de valeurs indivises au même titre que les nombreux et riches confrères, qui sont porteurs d'actions ou titres divers de sociétés comme Vichy, Châtel-Guyon, etc. Et de même qu'eux, ils recommandent ces eaux et établissements à leurs clients et amis, parce que la Société ne s'y est intéressée qu'après avoir constaté la preuve de leur valeur thérapeutique.

Les parts du Patronage Médical sont cédées au prix de 50 francs et donnent droit à :

1° La perception d'un dividende annuel, pour chaque part, dividende fixé par l'Assemblée Générale ;

2° La jouissance d'une pension viagère proportionnelle aux ressources de la caisse, pension fixée également chaque année par l'Assemblée Générale lorsque le titulaire aura réuni ces TROIS CONDITIONS : cinquante ans d'âge, dix années de participation au « Patronage » et abonnement permanent au journal *Le Concours médical* qui est l'organe de la Société ; (la retraite sera égale pour tous quelque soit le nombre de parts souscrites).

3° Enfin, pour la veuve ou les enfants mineurs, si le titulaire vient à mourir : *dès maintenant et après une année de participation*, une allocation de 300 francs, prélevée sur un fonds spécial dû à la générosité des premiers bienfaiteurs ; *plus tard et après 10 ans de participation* — dès que la chose sera possible —, une pension annuelle dont le montant sera déterminé par l'Assemblée Générale.

Pour l'exercice 1904, les parts ont reçu un dividende de 7 %.

AVIS

Les certificats de propriété sont envoyés deux mois environ après le paiement de la souscription. Ces titres ne comportent pas de coupons, les dividentes afférents à chaque exercice sont envoyés par mandats-cartes payés au domicile de chaque sociétaire.

Société civile « LE PATRONAGE MÉDICAL »

23, rue de Dunkerque, Paris.

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom et prénoms) ________________

Médecin à ________________ *Département de* ________________

né le ________________ *à* ________________ *Département* ________________

déclare adhérer au « **Patronage Médical** » *et prie M. le D*r MAURAT, *gérant de la Société, de me transférer* ________________ *parts au prix de cinquante francs l'une.*

(a) 1° *Je joins à cette adhésion la somme de* ________________
2° *Je l'autorise à faire toucher la somme de* ________________ } **représentant le montant de ma participation**

________________ *le* ________________

(SIGNATURE)

(a) Prière de rayer le mode de paiement qui ne convient pas.

Envoyer ce bulletin au siège de la Société, 23, rue de Dunkerque, Paris.

de la tuberculose. Mais nous pouvons cependant, et de bonne foi, vanter aux praticiens tel ou tel médicament capable, selon nous, d'entraîner chez les malades des transformations organiques véritablement favorables. Chacun de nous, en effet arrive, dans sa pratique, à faire des remarques, des constatations qui, s'il les publiait, seraient de nature à rendre de très réels services. Il ne s'agirait plus alors de déductions subtiles tombant du haut de la chaire professorale et trop souvent théoriques, mais de conseils utiles dictés par l'expérience et la probité professionnelle.

C'est ainsi que le Dr Schoull (1), médecin des hôpitaux de Tunis, publiait il y a quelques années une formule qui, disait-il, lui avait toujours donné d'excellents résultats dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Nous avions remarqué cette formule, et l'expérience nous l'a, en effet, démontrée si active, que nous faisons œuvre utile en attirant de nouveau sur elle l'attention des médecins.

Le Dr Schoull formulait ainsi :

Thiocol Roche............	0,50 ctgr à 1 gr.
Glycérophosph. de chaux..	0,50 —
Cacodylate de soude.......	0,02 —
Poudre de noix vomique...	0,01 —
Pour un cachet n°...	

et suivant l'état plus ou moins anémié de ses malades, il donnait 2 ou 3 cachets par jour.

A priori, cet ensemble de médicaments n'offre rien de particulier. Ils sont tous bien connus. Le Thiocol est, à l'heure actuelle, un des meilleurs produits gaïacolés, et il joint à des vertus antiseptiques et antibacillaires un pouvoir stomachique réel. Il en résulte, — et c'était encore la pensée de Schoull — que si les fonctions digestives du tuberculeux sont troublées et lui rendent difficiles l'absorption des autres substances de la formule, le thiocol, par sa présence, facilite cette absorption.

Quant au glycérophosphate et au cacodylate, nous n'avons pas à les faire connaître, ils sont ce que nous avons de mieux avec la noix vomique, pour remonter un organisme défaillant. La formule de Schoull était donc à nos yeux à la fois antibacillaire, stomachique et reconstituante, et nous l'avons aussitôt adoptée.

Eh bien ! à notre tour, nous venons affirmer hautement que tous nos malades, sans exception, ont été améliorés et très rapidement par ces médicaments.

Nous faisons prendre le remède à raison de 2 à 3 cachets par jour et cela pendant 12 jours. Puis nous continuons le Thiocol seul sous forme de comprimés pendant 8 jours environ et nous recommençons les cachets. Bien entendu, nous ne négligeons pas la suralimentation et les préceptes habituels de toute cure antituberculeuse, mais comme il en a été toujours ainsi, les résultats nouveaux obtenus avec la médication que nous présentons restent tout aussi probants.

Et d'abord, nous avons remarqué le fait suivant: quel que soit l'état du tuberculeux en traitement, nos cachets sont bien supportés. Jamais ils ne fatiguent l'estomac, au contraire, au bout de 4 à 5 jours l'appétit est toujours revenu. Puis ce sont les forces qui reparaissent, les malades attirent tout de suite notre attention sur ce résultat, les forces reviennent, augmentent de jour en jour, et à la fin des 12 premiers jours de traitement l'état général est transformé. On observe même déjà une augmentation de poids parfois très sensible.

En même temps les symptômes généraux et fonctionnels, comme la fièvre et les sueurs s'atténuent ; la toux est moins fréquente, les expectorations changent nettement de caractère et deviennent muqueuses pour disparaître plus tard.

Les signes locaux eux-mêmes subissent une régression sensible ou tout au moins sont arrêtés dans leur évolution morbide.

C'est ainsi que, chez un jeune prêtre de 24 ans, tuberculeux à la 2e période, vivant au séminaire. c'est-à-dire dans des conditions hygiéniques peu favorables, notre médication eut des résultats surprenants. Le malade toussait et crachait relativement peu, mais il avait un état général très défectueux et surtout de très mauvaises digestions. Or, le 1er novembre dernier, il nous disait textuellement ceci : « Depuis le 9 octobre, j'ai augmenté de 6 kg. Le Thiocol fait son effet. Sans avoir des crachements sanguins, j'ai quelquefois cependant comme un goût de sang dans la gorge. Mais je mange bien et avec grand appétit.» A ce moment l'état pulmonaire était satisfaisant et nous n'entendions plus que quelques rares craquements dans les fortes inspirations après la toux. Ce malade n'avait commencé le traitement thiocolé que depuis le 20 septembre.

Chez un autre bacillaire à la 3e période et très emphysémateux, les mêmes cachets ont fait gagner 5 livres dès les premiers jours de traitement, l'expectoration était presque tarie et la toux fort diminuée. Les nuits, qui, d'habitude étaient troublées par des accès de dyspnée, sont devenues plus calmes et les digestions comme l'appétit s'étaient très sensiblement améliorés.

Ce malade n'est pas guérissable, cela ne fait aucun doute, mais nous affirmons l'avoir prolongé pendant plus d'un an avec cette médication.

Appelé auprès d'un jeune tailleur de 27 ans atteint de pneumonie nous avons encore prescrit le thiocol et les phosphates. L'état général était précaire l'anémie intense, l'appétit nul. Toutes les nuits, des sueurs abondantes forçaient le malade à changer de linge, la toux était fatigante et s'accompagnait de crachats rougeâtres très abondants. L'état général était si défectueux, et les antécédents nous paraissant suspects, nous fîmes par acquit de conscience examiner les crachats. Ils furent trouvés exempts de bacilles. Il s'agissait donc bien d'une pneumonie avec toutes ses conséquences débilitantes.

En 8 jours à peine, les cachets de thiocol et de phosphate ont opéré un changement très net. Tout d'abord les forces sont revenues, et à un tel point que le malade a quitté son lit pour la table de travail, l'appétit était excellent. La toux était encore peu calmée, mais l'expectoration n'avait plus du tout la couleur jus de pruneaux ; elle était franchement muqueuse. Au douzième jour, le malade ne toussait presque plus, et nous cessions nos visites. L'auscultation ne révélait aucun souffle, aucun râle crépitant, il existait seulement des râles secs de bronchite.

Nous ne citerons pas d'autres cas. Les 3 observations précédentes suffisent à nous édifier. Nous le répétons, dans tous les cas, les cachets de thio-

(1) Communication faite à l'Académie de médecine. *Journal des Praticiens*, n° 33, 1900.

col et de phosphate nous ont donné de très sûrs résultats en opérant un changement notable sur l'état général du sujet et très rapidement ensuite sur ses lésions pulmonaires.

Ce traitement, nous l'avons dit, doit être divisé en plusieurs périodes, de 10 à 12 jours environ, pendant lesquels le malade prend 2 ou 3 cachets par 24 heures et en périodes de 8 jours pendant lesquels il se repose de tout autre médicament que le Thiocol.

Nous ordonnons alors les comprimés, qui représentent d'ailleurs la préparation de thiocol la plus commode et la plus sûre. Nous n'ignorons pas, en effet, que dans le commerce il se trouve, sous la dénomination de thiocol, du sulfo-gaïacolate de potassium toxique et c'est pourquoi le médecin prévenu dira toujours : Comprimés de Thiocol Roche, et Thiocol Roche. Ce détail de pratique a son importance, aussi nous nous permettons de le signaler.

Plus tard, quand notre malade a retrouvé ses forces, que son appétit se maintient, quand il reprend ses occupations et n'a plus besoin des conseils médicaux, nous lui recommandons encore de continuer l'usage des comprimés de Thiocol pendant longtemps et à raison de 6 par jour en moyenne ; de cette manière, nous sommes sûrs de continuer l'antisepsie pulmonaire et de conserver l'appétit. Nous pensons éviter en outre que les tuberculisables deviennent tuberculeux, et chez ces derniers, nous conservons très longtemps les résultats acquis. Nous ne reprenons l'usage des cachets reconstituants que si une nouvelle crise de consomption apparaît.

Nous le redisons en terminant, la formule que nous conseillons au médecin n'est pas de nous ; *elle n'est pas nouvelle* puisqu'elle date de plusieurs années, mais l'expérience nous l'a prouvée si active, si sûre, que nous avons tenu à la rajeunir en la présentant aujourd'hui aux praticiens.

Pourquoi, en effet, priver des malades qui ne sont pas les nôtres d'un bon moyen de se guérir ? Nous n'en avons pas le droit en toute conscience, et nous faisons là de la bonne déontologie.

Dr J. Meillant.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des séquelles de la grippe.

Indépendamment des symptômes de la période aiguë de la grippe dont les manifestations sur les organes de la respiration sont en général bien connues, cette maladie laisse des traces souvent presqu'indélébiles de son passage : c'est ce qu'on a appelé justement les *séquelles de la grippe*.

Les caractères les plus tranchés de ces séquelles sont leur ténacité, et leur résistance désespérante aux médications ordinairement employées.

Chez l'un c'est une oppression que rien n'explique, ni l'état des poumons ni celui du cœur. Chez un autre, c'est une toux qui revient par quintes plus ou moins régulières, quintes occasionnées par des picotements de la région pharyngo-laryngienne. Chez un troisième c'est un catarrhe chronique, etc., etc. En un mot, il persiste souvent chez les grippés des queues interminables et rebelles de manifestations protéiques, dont la caractéristique est la disproportion entre les symptômes objectifs et subjectifs et contre lesquels symptômes toute médication échoue.

L'Eau Bonne employée judicieusement et à doses élevées (s'il n'y a pas de tares organiques qui s'opposent à son emploi, ni de congestions viscérales imminentes) fera rapidement disparaître tous ces symptômes.

En voici un exemple :

M. V. ., percepteur dans une commune du Centre. Homme robuste, 47 ans, n'a jamais été malade. En janvier 1905, violent accès de grippe avec congestion pulmonaire assez intense du côté droit. Température oscillant pendant 6 jours entre 39° et 39°5.

En même temps, souffle et râles crépitants au sommet droit, en arrière et se prolongeant dans la région axillaire. Dans les deux poumons, râles muqueux et sibilances, mais expectoration presque nulle.

L'état aigu broncho-pulmonaire disparaît au bout de 6 jours, puis survient une diarrhée fétide pendant 5 jours et résistant à des doses élevées de bismuth, ratanhia, tannigène, précédées d'un énergique purgatif salin.

Enfin ces différents symptômes aigus disparaissent, laissant après eux un état de dépression qui persiste assez longtemps et à chaque instant, il y a des poussées de bronchite avec catarrhe abondant. Ce malade m'est adressé à Eaux-Bonnes en juillet 1905.

Il est très oppressé, tousse et crache assez abondamment, surtout le matin.

A l'auscultation, on ne trouve à peu près rien, pas de sibilances, pas de râles muqueux, mais la respiration est faible dans les deux sommets ; au spiromètre la quantité d'air expiré est normale, donc pas d'emphysème pulmonaire pour expliquer l'oppression ; le cœur lui-même est bon.

Le malade fait une saison de 25 jours. Mais dès la première semaine du traitement, le toux disparaît complètement, ainsi que l'expectoration.

Sur mes recommandations le malade fait une cure à domicile en novembre et une autre en janvier et m'écrit qu'il ne s'est plus ressenti de rien et qu'il est fort et vigoureux comme par le passé.

Il a ajouté qu'au début de l'hiver, sa femme et ses trois enfants ont été grippés, mais que tout le monde a pris de l'Eau-Bonne comme lui et que cette eau a fait merveille et « il y en aura, dit-il, maintenant toujours une caisse à la maison : ce sera notre médicament de chevet; et il ne dépendra pas de moi, qu'il y en ait dans toutes les familles de ma connaissance. »

Dr Léon Leriche.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'application du « tout compris » dans l'hospitalisation des accidentés du travail.

Si la logique et l'esprit de suite sont en honneur chez certains hommes qui préparent, depuis bien des années, dans la coulisse, les projets de loi de solidarité sociale, il n'en est généralement pas de même au sein des commissions parlementaires qui ne font aboutir ces projets qu'après des marchandages, des concessions, des changements d'orientation, des modifications improvisées, et donnent ainsi à l'œuvre les conséquences les plus inattendues dès qu'elle a vu le jour.

Exemple :

Préoccupée de bien garantir le patron contre les abus possibles du blessé en matière de frais médicaux prévus par la loi-accidents, et mise en demeure par le Sénat de le mieux faire par la loi du 31 mars 1905 que par le texte d'avril 1898, la Direction de l'assistance et de la prévoyance sociale rassembla autour d'elle *tous les intéressés*, pour rédiger le tarif que le juge appliquerait ou prendrait pour base préfixe, lorsque le chef d'entreprise soulèverait une contestation en invoquant et signalant un abus réel ou présumé.

Cette détermination était rationnelle, équitable, et, malgré la violence faite à ses habitudes de profession libérale, le corps médical ne pouvait pas se dérober à l'invitation. Il y a trouvé au moins l'avantage d'être toujours consulté désormais sur une question qui touche à ses plus graves intérêts.

Mais il en fut tout autrement quand le Sénat prétendit limiter des abus possibles provenant de l'hospitalisation des blessés gravement atteints. En dehors des responsables du payement, il y avait là à consulter deux intéressés : 1° la commission hospitalière, qui nourrit, loge, entretient la victime, l'hospitalise en un mot ; 2° le chirurgien qui, ayant un contrat de louage de services avec cette Commission, pour soigner des *assistés*, en nombre à peu près connu, se voyait imposer, en dehors de ce contrat, les soins particulièrement graves et difficiles aux *assurés* victimes du travail.

Or, la Commission sénatoriale négligea d'entendre ces derniers : elle disposa d'eux, souverainement, dans une matière où ils s'appartenaient. Elle édicta ce qui suit, sans formalités et sans scrupules :

« Le chef d'entreprise est seul tenu dans tous les cas, en outre des obligations contenues en l'article 3, des frais d'hospitalisation qui, *tout compris*, ne pourront dépasser le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893, majoré de 50 %, ni excéder jamais 4 francs par jour pour Paris ou 3 fr. 50 partout ailleurs ».

Quiconque a suivi d'un peu près les budgets des Commissions administratives hospitalières sait qu'avec les chiffres ci-dessus on rémunère à peine l'établissement de ce que lui coûte le blessé du travail : mais nous n'entendons pas les discuter ici.

Ce que nous voulons seulement en retenir, c'est que sur eux doivent être prélevés les honoraires des chirurgiens de l'hôpital, ou plutôt qu'ils doivent fournir des ressources pour augmenter le traitement de ceux-ci dans une mesure que les Commissions auront à apprécier.

La chose est longuement expliquée dans la circulaire ci-dessous, que chaque préfet a lancée l'année dernière aux présidents des Commissions d'hôpital.

PRÉFECTURE DE SEINE-ET-OISE — 3e DIVISION 3e *Bureau* — ACCIDENTS DU TRAVAIL *Prix de journée dans les hôpitaux.* —o—	RÉPUBLIQUE FRANÇAISE — Versailles, le 27 mars 1905.

Monsieur le Président,

La loi du 31 mars 1905 a modifié ainsi qu'il suit les dispositions prévues par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, en ce qui concerne les frais d'hospitalisation des victimes d'accidents du travail ;

« Le chef d'entreprise — porte le nouveau texte de « l'article 4 — est seul tenu dans tous les cas, en outre « des obligations contenues en l'article 3, des frais « d'hospitalisation, qui, tout compris, ne pourront dé- « passer le tarif établi pour l'application de l'article « 24 de la loi du 15 juillet 1893, majoré de 50 %, ni « excéder jamais 4 francs par jour pour Paris, ou 3 « francs 50 partout ailleurs. »

« Les médecins et pharmaciens ou les établisse- « ments hospitaliers, peuvent actionner directement « le chef d'entreprise.... »

Le texte ci-dessus rapporté supprimera les hésitations et divergences d'interprétation auxquelles avait donné lieu l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, en ce qui concerne la fixation du prix de journée d'hospitalisation des victimes d'accidents du travail. Désormais, ce prix de journée doit être établi dans les limites d'un double maximum ; d'une part, il ne peut être supérieur au tarif admis pour les malades du service de l'assistance médicale, majoré de 50 % ; d'autre part, il ne saurait excéder 4 francs pour Paris et 3 francs 50 partout ailleurs. Il ne peut y avoir sur ce point de difficulté, étant entendu d'ailleurs que les deux limitations s'appliquent cumulativement ; si donc, par hypothèse, le prix de journée du malade de l'assistance médicale était, pour un hôpital, de 3 francs 50, le prix de journée des victimes d'accidents du travail ne pourrait dépasser 2 francs 50, quoique la majoration de 50 % des tarifs de l'assistance médicale eût permis, en l'absence du second maximum inscrit dans la loi, de réclamer un prix de 3 francs 75.

Le Parlement a voulu ainsi, comme il résulte des travaux préparatoires, notamment de la discussion au Sénat (séance du 29 novembre et 1er décembre 1904), établir une sorte de prix forfaitaire offrant une base aussi fixe que possible pour le calcul des frais mis à la charge de l'entreprise.

Dans la limite du double maximum ainsi déterminé, le prix de la journée sera susceptible de modification, et notamment chaque fois que le prix arrêté pour le service de l'assistance médicale gratuite aura été revisé par l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893.

La nouvelle disposition ne laisse plus place, vous le remarquerez, à la question qui s'était posée devant les tribunaux et que ceux-ci avaient résolue diversement, de savoir s'il y a lieu d'opérer une ventilation entre les frais médicaux et les frais pharmaceutiques d'un côté, et les frais de nourriture, d'entretien,

etc., de l'autre. Le prix de journée fixé comme il est dit plus haut est dû intégralement à l'hôpital.

Par contre, le chef d'entreprise ne doit rien de plus, du fait de l'hospitalisation. C'est ce qui ressort de l'incidente « *tout compris* » et du rejet par le Sénat (séance du 29 novembre 1904) d'un amendement de M. Gauthier, qui tendait à la suppression de ces mots, afin de permettre aux médecins et chirurgiens d'hôpitaux qui ont donné leurs soins aux victimes d'accidents du travail, de réclamer des honoraires.

L'opinion a prévalu, après bien des controverses, que, dans leur situation vis-à-vis du corps médical, il ne fallait pas créer de différence entre ces hospitalisés et les autres. Des honoraires ne sont donc dus, en aucun cas, pour les soins donnés aux victimes hospitalisées.

Les commissions administratives apprécieront cependant si elles ne devraient pas, en équité, faire bénéficier les praticiens attachés à leur service, au moyen d'un relèvement de traitement, d'une partie des ressources provenant de la majoration de moitié, admise sur le prix de journée de l'assistance médicale gratuite.

Toutefois, il est accepté que les certificats médicaux établis par le médecin traitant ne sont pas délivrés à titre gratuit. Ce n'est pas, à proprement parler, une dépense d'hospitalisation. A Paris, une rémunération de 5 francs est attribuée pour chaque certificat délivré, payable d'avance. Si le demandeur n'est pas en mesure de verser immédiatement la somme, l'administration hospitalière en fait l'avance à charge d'en poursuivre ultérieurement le recouvrement. On pourrait s'inspirer de cet exemple, sauf à réduire le tarif s'il y a lieu, suivant les circonstances locales et les usages du pays. Le quantum du prix de journée applicable aux victimes des accidents du travail et ce coût du certificat seront déterminés pour chaque hôpital par une délibération de la commission administrative soumise à mon approbation. Ce sont, en effet, questions de règlement du service intérieur (loi du 5 août 1851, article 8, dernier §).

J'attire votre attention sur un autre point, afin de mettre fin à des contestations et de simplifier la procédure ; l'article 4 dispose que les hôpitaux ont une action directe contre le chef de l'entreprise. L'action directe est ouverte aussi aux « médecins ». Mais évidemment cela doit s'entendre des médecins qui ont donné leur soins à domicile, non des médecins des hôpitaux, puisque ceux-ci n'ont point droit à honoraires. Je vous prie, en conséquence, Monsieur le président, de vouloir bien me faire parvenir pour approbation dans le plus court délai possible, copie, en triple expédition, de la délibération prise par la commission administrative de votre établissement pour fixer le prix de journée des accidentés du travail conformément aux instructions visées ci-dessus.

Agréez, Monsieur le Président, etc..

Le Préfet,

Signé : Poirson.

L'ancienne situation de fait était celle-ci, en ce qui concerne les graves accidents du travail, au moins dans les hôpitaux de province qu'on cherche encore à réserver aux pauvres:

Le bulletin d'hôpital n'était délivré qu'en cas de blessure pour laquelle l'hospitalisation fût utile.

L'établissement fonctionnant, dans ce cas exceptionnel, comme maison de santé à prix réduit, se faisait tout juste rémunérer par une journée de 4 francs environ, et ainsi n'enlevait pas grand'chose à ce qui est le budget des pauvres.

Le chirurgien réclamait de son côté l'honoraire calculé au tarif minimum.

De la sorte, les responsables payaient juste ce qu'ils devaient : cela suffisait pour dresser une barrière efficace à l'abus de l'hospitalisation, à l'exaction commise aux dépens de l'assistance.

La situation nouvelle, au contraire, invite les responsables à abuser de l'hôpital, de l'assistance, puisque, avec les 3.50 ou les 4 fr., ils s'acquittent de tout et dans tous les cas. Mais ne nous attardons pas davantage à en discuter parce qu'elle est un fait accompli jusqu'à la prochaine revision de la loi.

Il s'agit de s'en accommoder au moins mal, et rien de plus.

A cet effet, laissant de côté tous vœux ou propositions de résistance à ce qui est, on peut le dire, le « fait du prince », et le, restera pendant quelques années, nous invitons nos confrères à :

1° N'user de l'hospitalisation pour les accidents du travail que quand, en conscience, ils la jugent utile au blessé ;

2° S'adresser aux hôpitaux libres pour ne pas se faire complice de l'encombrement et du déficit de ceux de l assistance ;

3° Demander aux Commissions hospitalières qui régissent ces derniers de suivre les conseils d'équité donnés par la circulaire ci-dessus, soit en relevant le traitement des chirurgiens aux dépens du budget global de l'établissement, soit par prélèvement, sur les 3 fr. 50. de 1 fr. si le prix de journée d'*assisté* était de 2 fr.; de 0 fr. 50 centimes si ce prix était de 2 fr. 50.

Nous serons heureux d'apprendre les noms des hôpitaux qui, à l'exemple de ceux d'Oyonnax, Albertville, Chevreuse, etc., auront ainsi payé leur dette au médecin si injustement spolié par une assemblée parlementaire évidemment mal renseignée, quoiqu'elle ait déclaré avoir « tout compris ».

A propos du malaise professionnel.

A notre époque, les médecins ont trop souvent, semble t-il, une existence difficile. Dans quelques cas même, le métier paraît à peine nourrir son homme. Les débuts surtout sont pénibles, et, au moins dans les grandes villes, la clientèle nous fait attendre ordinairement de longues années avant de nous accorder ses faveurs.

Ce malaise est-il nouveau ? Quelles en sont les causes ? Quels remèdes ?

1° Sans remonter aux temps de l'antiquité ou à ceux du moyen âge, dans lesquels les conditions de l'exercice de la médecine différaient totalement des nôtres, je me contente de me reporter au siècle dernier.

En 1840, Munaret écrivait (1) : « Aujourd'hui, notre misère est si profonde, si générale qu'elle a nécessité une *Association de prévoyance* parmi les médecins de Paris. Vous seriez étonnés, a dit le secrétaire général de cette Société, s'il m'était permis de vous révéler les noms honorablement connus qui ont laissé après eux une femme et des enfants dans la détresse ! Triste exemple des difficultés, des incertitudes et des dangers de notre profession ! »

M. de Balzac, dans son *Médecin de campagne*, trouve « l'état de chirurgien de campagne le dernier de tous ceux qu'un homme pense à prendre dans son pays ».

(1) *Du médecin des villes et du médecin des campagnes*, par le Docteur Munaret.

Il y a quelque temps, un des médecins consultants les plus célèbres de notre ville me racontait ses souvenirs d'enfance. Son père était médecin dans une petite commune. Ses faibles ressources et sa clientèle peu étendue ne lui permettaient pas de posséder un cheval ; il parcourait à pied, chaussé de grosses bottes, son domaine médical. La consultation se payait 0 fr. 50. Les journées fructueuses étaient celles du marché de la commune, au printemps surtout où la foule des paysans, venant se faire saigner, attendaient leur tour à la cuisine servant de salle d'attente, pendant que la maîtresse du logis préparait elle-même le repas et que le futur prince de la science jouait dans un coin avec le chat familial.

Les journées de grosses recettes produisaient 10 francs.

Ces chiffres concordent avec les paroles de Munaret affirmant « connaître un seul médecin de campagne qui gagnât 3.000 francs année commune ».

Dans ces chiffres, il faut tenir compte de la différence de valeur de l'argent à cette époque et à la nôtre.

Sans chercher à allonger les citations, il me semble que je puis affirmer que le malaise professionnel n'est pas récent, mais qu'il existe depuis le commencement du siècle dernier pour le moins, tant à Paris qu'en province.

Après de tels tableaux, comment concevoir qu'il y ait encore pléthore médicale ? Des exceptions, de brillantes et bruyantes exceptions en sont la cause. L'antiquité aurait vu des générosités fastueuses : un des Asclépiades reçut en honoraires sept villes de la Grèce ; Podaligre guérit Damète, puis épousa la fille de son malade reconnaissant avec une province pour dot, la Chersonèse, etc.

Plus près de nous, on cite de belles fortunes acquises par des médecins : Dupuytren, entre autres, a laissé, dit-on, sept millons à ses héritiers.

De notre temps, on pourrait également citer quelques exemples de brillante réussite, surtout dans la capitale : mais tout cela c'est l'exception, il faut le répéter. Comme le disait Fochier :

« A distance, on n'aperçoit que les sommets de la montagne et on en ignore les vallées. »

On envie le brillant Prof. X..., et on ne voit pas la masse des praticiens dont le bâton de maréchal est resté dans la giberne.

2° Quelles sont les causes du malaise ?

Nombreuses sont les causes, et pour la plupart bien connues. Je cite : l'augmentation du nombre des médecins, la diminution du nombre des malades devant les progrès de l'hygiène, l'exercice illégal, le charlatanisme, les abus de l'hospitalisation et des consultations gratuites, le développement pris par les sociétés de secours mutuels, les mauvais clients, et aussi ce qu'on a appelé le particularisme des médecins amenant un manque de cohésion dans la défense professionnelle.

Il faudrait un volume pour passer en revue toutes ces causes diverses ; je me contenterai de quelques réflexions.

Le nombre des médecins dans les villes, si on le compare au chiffre total de la population, n'a pas autant augmenté qu'on le croit à première vue. A Paris, le Dr J. Noir, secrétaire général de l'Union des syndicats médicaux de France, a fait un travail de statistique en 1900. Le résultat montre qu'en 1852 il y avait un médecin pour 770 Parisiens et en 1900 un médecin pour 840.

Pour Lyon, j'ai fait un travail analogue.

L'*Almanach commercial de Lyon* de 1835, consulté à la Bibliothèque municipale du Lycée, m'a donné la liste des médecins et des chirurgiens de l'époque ; ils étaient 147 pour une population de 150 000 habitants, si on laisse de côté la Guillotière, la Croix Rousse et Vaise, alors communes indépendantes, pourvues de leurs médecins (16 pour 40,000 h.). Il y avait donc à Lyon en 1835 un médecin pour 1,020 habitants. Actuellement, la proportion est sensiblement la même.

Je suis en droit de conclure que l'augmentation du nombre des médecins, à Paris et à Lyon, n'a pas été proportionnellement plus rapide que celle du chiffre de la population, conclusion bien faite pour surprendre.

A cela je puis ajouter qu'en 1840, exactement comme de nos jours, Munaret prévoyait qu'en raison du nombre des diplômes augmentant chaque année, on arriverait rapidement à une obstruction complète de la carrière médicale.

Il est une autre cause du malaise médical, que je n'ai pas encore vu mettre assez en évidence, à mon avis, c'est le besoin croissant de luxe et de jouissance, cause commune d'ailleurs à beaucoup de nos contemporains. Incontestablement, l'ancienne génération était plus simple que la nôtre.

Aujourd'hui le jeune médecin, à peine reçu docteur, pourvu parfois de plus de dettes que d'argent, n'hésite pas à s'installer luxueusement. Il lui faut « bon souper, bon gîte.... et le reste ». Il ne trouve pas imprudent de s'installer en ville, même s'il n'a aucun titre dans les hôpitaux ou à la Faculté, ni de protecteur effectif qui l'introduise dans quelques familles, ni de relations personnelles, ni de fortune indépendante. Cette manière de faire risque de produire des besogneux qui accepteront tous les abonnements et tous les forfaits, même au détriment de la corporation, et lèseront les intérêts généraux pour un faible avantage personnel immédiat, conduite pour laquelle je les trouve plus à plaindre encore qu'à blâmer.

Avec une ambition modérée et de la patience, avec de la correction dans la conduite et quelques autres vertus, on peut encore, j'en suis convaincu, se faire une situation honorable, même sans titres hospitaliers ou universitaires ; seulement il faut pouvoir et savoir attendre. Dans les conditions ordinaires, de l'avis de plusieurs confrères qui l'ont expérimenté, dix ans sont nécessaires pour bien fixer une clientèle à Lyon, soit en médecine générale, soit en spécialité. Ce chiffre est plus faible naturellement dans les faubourgs, dans les petites villes et surtout dans les campagnes.

Malheureusement, les frais augmentent avec le succès : appartement plus luxueux, voiture, auto, etc. Plus l'on gagne et plus l'on dépense. On arrive souvent à un chiffre formidable de frais généraux... en même temps qu'au surmenage. Alors la santé court les risques d'un capital placé à gros rendement !

D'autre part, la période de succès, quand elle arrive ! est courte en général, entre les difficultés du début et le fléchissement de la clientèle au premier revers ou au premier signe de fatigue ou de vieillesse souvent prématurée chez nous, et le médecin fait rarement fortune.

Ceux qui sont ambitieux agiront sagement en portant ailleurs leurs efforts, et en choisissant parmi les nombreux métiers où la suprême habileté, cause de réussite, consiste à vendre cher ce qu'on a acheté bon marché.

3° Quelques remèdes palliatifs.

Dans notre vieux monde, toutes les carrières libérales paraissent encombrées, et il me semble peu probable qu'un jour la nôtre fasse exception.

D'autre part, de plus en plus les progrès de l'hygiène réduiront le nombre des malades.

Le charlatanisme, l'exercice illégal, les abus de l'hospitalisation et des consultations gratuites, les soins donnés aux Sociétés de secours mutuels et aux accidents du travail, forment l'objet constant des préoccupations des Syndicats médicaux. Ceux-ci, dont le rôle ne fait que commencer, doivent baser leur action sur l'adhésion et l'appui du corps médical tout entier. Pour être efficace, la lutte doit être collective. Or, ce qu'il y a souvent de plus difficile à combattre, c'est le particularisme du médecin. Les Syndicats, légalement constitués pour la défense des intérêts généraux de la corporation, ont encore leurs dissidents, voire même leurs adversaires. Quelques confrères ne comprennent pas, ou ne veulent pas comprendre que la lutte isolée contre les collectivités reste forcément stérile! D'autres se déclarent indépendants ; ils ont peur du lien syndical, comme si ce lien leur ôtait toute liberté individuelle, alors qu'il nous unit seulement pour lutter contre les injustices et les rabais, et nous enlève, on l'a dit souvent, la seule liberté de mal faire.

La solidarité, abritée sous le drapeau syndical, est un des premiers remèdes du malaise professionnel.

Le même sentiment nous fait adhérer aux Associations de prévoyance, aux Caisses indemnité-maladie et de retraites, à toutes les œuvres confraternelles qui secourent la misère imméritée et peuvent apporter aux jours néfastes de la maladie ou de la vieillesse un appoint presque toujours le bienvenu.

Il ne suffit pas de lutter contre les causes étrangères du malaise, il faut aussi prendre position contre les causes intérieures, et se soigner soi-même (*medice, cura te ipsum*) ; moins de luxe, plus de patience, moins de particularisme et plus de confiance dans les œuvres professionnelles.

Pour améliorer notre sort, il est encore un remède que conseillait déjà Munaret, sans cacher qu'il le regardait comme un remède extrême..... c'est de se marier.

Etes-vous un médecin rural ? « prenez une femme qui vous fasse cadeau d'une bonne et belle propriété, où vous pourrez faire croître le blé que vous devez manger, et d'une parenté nombreuse et bien huppée qui puisse vous enraciner dans le pays. »

En ville, vous pouvez trouver l'équivalent sous forme d'espèces sonnantes, le quantum augmentant en raison directe des titres que vous avez conquis, et pouvant aller, pour Messieurs les agrégés, chirurgiens ou médecins des hôpitaux, jusqu'aux millions des gros négociants ou des opulents financiers.

Le médecin est bien vu dans les familles ; presque toujours c'est un esprit cultivé, un homme du monde, et avec lui, chose précieuse aux yeux du papa, les chances de catastrophe paraissent réduites au minimum.

Le mariage riche est sûrement un des meilleurs remèdes contre le malaise professionnel.

Un peu de philosophie en terminant : si l'argent est utile, nécessaire même pour nous permettre de vivre convenablement et d'élever une famille, nous devons considérer autre chose dans notre toujours si belle profession. J'appelle médecin, disait Platon, celui qui guérit et non celui qui amasse des trésors.

Notre rôle social devient de plus en plus élevé et important. Peu de professions offrent autant d'occasions de faire le bien, d'être utile à ses semblables, but glorieux au premier chef pour tout homme de cœur.

Méditons cette belle pensée du Prof. B. Teissier, éclose devant le cercueil d'un confrère : « Ce qui reste à l'homme, ce qui pèse dans la balance éternelle, ce n'est pas tant le talent qu'il a déployé que le bien qu'il a fait. »

Dr F. Monin.

CHRONIQUE DU « SOU MÉDICAL »

Séance trimestrielle du Conseil d'Administration.

Le 22 février 1906, à 4 heures, le Conseil d'administration du « Sou médical » s'est réuni au siège social, 23, rue de Dunkerque, sous la présidence de M. le Dr Maurat, président de la Société.

Etaient présents : MM. les Docteurs Maurat ; Jeanne et Vimont, vice-présidents ; A. Gassot, trésorier ; de Grissac, secrétaire-général ; Diverneresse et Bellencontre, syndics ; Me G. Gatineau, avocat-conseil.

M. le docteur Gassot a la parole pour exposer le mouvement de la caisse par suite des morts et des démissions. Un certain nombre de membres n'ont pas payé encore leur cotisation, ils sont avertis qu'à partir de la première quinzaine de mars, ceux qui n'auront pas répondu à l'appel du trésorier seront considérés comme démissionnaires, en tous cas suspendus de leurs droits.

Le docteur Gassot donne la liste des nouveaux adhérents qui sont admis au nombre des membres du « Sou Médical ».

Membres nouveaux.

1112 Dr Alix, à Roanne (Loire).
1113 Dr Carbonell, à Meudon (Seine-et-Oise).
1114 Mlle Roussel, à Rouen, 22, rue Jeanne-d'Arc.
1115 Dr Barus, à Courcité (Mayenne).
1116 Dr Passerat, à Bourg (Ain).
1117 Dr Bourrus, à Portets (Gironde).
1118 Dr Levis, à Belfort.
1119 Dr Morisseau, à Château-Gonthier (Mayenne).
1120 Dr Lorentz, Le Havre (Seine-Inférieure).

1121 Dr Eltchaninoff, à Paris.
1122 Dr Bordeau, à Fougères (Ille-et-Vilaine).
1123 Dr Lemaître, à Gouville (Manche).
1124 Dr Arsac, à Chabeuil (Drôme).
1125 Dr Lebrun, à Ambrières (Mayenne).
1126 Dr Audouin, à Thouars (Deux-Sèvres).
1127 Dr Boucher, à Revin (Ardennes).
1128 Dr Galimard, à Virey-sous-Salmaire (Côte-d'Or).
1129 Dr Kerrien, à St-Pierre-Quilbignon (Finistère).
1130 Dr Gaudin, à Roche-la-Molière (Loire).
1131 Dr Coutard, Les Rousses (Jura).
1132 Dr Vaillant, à Fismes (Marne).
1133 Dr Sarradou, à Gallargues (Gard).
1134 Dr Levassort, à Paris, 2, place des Vosges.
1135 Dr Fournier, à Asnières (Seine).
1136 Dr Balmelle, à Fondettes (Indre-et-Loire).
1137 Dr Daubois, à Valence (Drôme).
1138 Dr Lemoine, à Château-Chinon (Nièvre).
1139 Dr Devauchelle, à Bruyères-Montberault (Aisne)
1140 Dr Rocheblave, à Valence (Drôme).
1141 Dr Bastit, à Huelgoat (Finistère).
1142 Dr Chabot, à Oraison (Basses-Alpes).

Le secrétaire général donne lecture de la correspondance, qui comprend, comme chaque semaine, de nombreuses lettres de confrères : demandes de conseils, marche à suivre pour sauvegarder leurs intérêts vis-à-vis de débiteurs récalcitrants, des compagnies d'assurances qui sont loin d'avoir désarmé ; demandes d'explication pour l'application du tarif du ministère du commerce ; des cas où son application doit être faite, etc., etc.

Le docteur de Grissac donne ensuite connaissance au conseil d'administration des démarches qu'il a faites auprès des représentants de l'Union des syndicats médicaux de France, du Syndicat des médecins de la Seine, du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Pontoise et de celui de l'arrondissement de Versailles pour porter devant M. le procureur général les doléances de ces groupements en même temps que ceux du «Sou» à l'occasion de l'attitude pleine d'indulgence du parquet de la Seine devant les menaces des assurances exercées contre l'ouvrier blessé pour le détourner du médecin de son choix.

Le secrétaire général communique ensuite au conseil les résultats obtenus dans divers arbitrages entre confrères dont il s'est occupé et qui sont en partie terminés à la grande tranquillité des confrères intéressés.

La juridiction économique de l'arbitrage assure aux médecins qui consentent à y recourir des juges impartiaux, compétents et bienveillants, et, chose fort appréciable, la solution rapide des difficultés, solution rapide que les tribunaux ordinaires, surtout ceux de la Seine, toujours si encombrés, ne sauraient leur assurer.

Le Dr Divernéresse entretient le conseil des démarches à faire auprès des familles dont les fils sont sur le point de faire choix d'une carrière pour les prémunir contre les déboires d'une profession aussi encombrée que la nôtre.

Le faux éclat de la profession médicale tient en grande partie aux médecins eux-mêmes, aux jeunes, qui n'avouent jamais qu'ils sont engagés dans une voie mauvaise. Autant la profession considérée en elle-même est belle en ce sens qu'elle place le titulaire du titre de docteur en médecine dans une situation de savoir supérieure à celle du plus grand nombre de ceux qui l'entourent, qu'il lui donne, ce titre de docteur, le moyen de rendre au milieu dans lequel il doit évoluer et vivre les plus signalés services, autant, quand on la considère comme le moyen d'assurer son existence et celle des siens, cette profession ne répond plus à l'idée que s'en fait généralement le public.

Un projet de lettre mis à l étude par un groupement professionnel est pris en considération et le conseil décide que le Dr Divernéresse sera chargé de s'entendre avec ce groupe pour régler les détails de cette propagande.

Une somme de 100 francs est votée à titre de subvention pour l'organisation de cet acte de défense professionnelle.

Me Gatineau expose les différentes affaires dont il a été chargé. Il annonce le gain de deux procès en recouvrement d'honoraires et qu'il a pu gagner parce que les confrères lui avaient fourni des notes très détaillées. Il a pu, grâce à ce moyen, justifier auprès des juges les chiffres parfois élevés réclamés par les confrères en établissant que ces chiffres élevés correspondaient à des interventions médicales importantes, à des peines et soins indiscutables, et à des services rendus.

Puis abordant la question des honoraires des médecins et chirurgiens des hôpitaux donnant à l'hôpital des soins à des victimes du travail, il établit les conditions nécessaires pour que le médecin puisse toucher des honoraires spéciaux dans ces cas particuliers.

S'agit-il d'un hôpital de l'assistance publique, la loi a prévu le cas, et le « tout compris », que le législateur a inscrit à l'art. 4, met bien le praticien qui exerce à l'hôpital dans l'impossibilité de toucher des honoraires.

La commission administrative, qui a la faculté de percevoir pour les victimes du travail hospitalisées, un prix de journée supérieur au prix de journée fixé pour les malades de l'assistance médicale gratuite, peut, il est vrai, accorder à ses médecins une part de la somme qui tombe ainsi dans la caisse de l'hôpital. Mais le médecin ne peut toucher directement du chef d'entreprise, et en tous cas, ne saurait lui intenter une action en paiement d'honoraires pour soins donnés à des blessés hospitalisés.

Mais il n'en est pas de même pour les hôpitaux libres et les maisons de santé. Les administrations hospitalières de ces maisons peuvent fort bien, et il est important qu'elles le fassent, autoriser leurs médecins à percevoir des honoraires. Mais pour cela il faut qu'elles prévoient dans leur règlement : 1° un prix de journée, comportant tous les frais d'hospitalisation, sauf les soins médicaux et pharmaceutiques, dont elles doivent faire la réserve expresse.

Le Secrétaire général,

Dr de Grissac.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat général des médecins d'Ile-et-Vilaine.

Etude du tarif spécial adopté par M. le ministre du commerce dans les accidents du travail (Loi du 31 mars 1905. Arrêté du 30 septembre 1905).

Rapport de M. le Dr Boivin.

Dans sa dernière réunion, notre Syndicat avait à s'occuper de la question suivante : « Etude du tarif spécial adopté par M. le Ministre du Commerce, dans les accidents du travail » (Loi de 1905).

Tous les confrères avaient reçu le *Concours médical* (n° 41, 14 octobre 1905) donnant *in-extenso* ce Tarif spécial suivi d'appréciations fort intéressantes de MM. les docteurs Brouardel, Jeanne et Dubuisson, délégués par l'Union des Syndicats médicaux de France près de la Commission chargée d'établir ce tarif.

A notre surprise et à notre grand regret, bien peu de confrères l'avaient lu, beaucoup ignoraient son existence et, le temps pressant, il ne nous fut donné que quelques instants pour nous permettre de laisser pressentir à tous quel intérêt grave et immédiat présentait cette question, de quelle façon elle lésait nos intérêts et quelles conséquences devraient en résulter pour l'avenir.

Ne pouvant donc, en un temps aussi court, se faire une opinion et prendre une décision ; de plus, toute protestation devant parvenir au plus tard le 1er décembre prochain à l'Union des Syndicats médicaux, si on la voulait efficace, l'Assemblée, sur la proposition de nos confrères les docteurs Caze et Leray, nous chargea de soumettre au Bureau un rapport sur la question, en lui laissant le soin de prendre la décision qu'il jugerait la meilleure et la plus conforme aux intérêts de tous.

Vous nous excuserez, Monsieur le Président, si, tout en nous conformant au désir de nos honorables confrères, nous vous apportons un travail un peu long et peut-être un peu confus, mais il nous était difficile de traiter plus brièvement cette question qui paraît laisser tant de médecins indifférents et qui pourtant est, à notre avis, si grosses de conséquences et de menaces pour l'avenir. Vous nous excuserez de retenir si longtemps votre attention, vous pardonnerez à notre bonne volonté et à notre grand désir d'être utile à tous.

Qu'est donc ce nouveau tarif ?

« *Un tarif spécial*, dit M. le Ministre du Commerce, *ayant seulement pour but et pour effet, dans le cas où la victime d'accident a fait elle-même choix de son médecin et de son pharmacien et où des contestations s'élèvent sur la quotité des prestations du chef d'entreprise à cet égard, de fournir une base préfixe aux décisions des juges de paix appelés à arbitrer ces protestations.* »

Ce tarif remplace le tarif d'Assistance médicale gratuite prévu par la loi sur les accidents du travail du 9 avril 1898, avant qu'elle n'ait été modifiée par celle de 1905, et est applicable seulement dans les cas où l'ouvrier aurait choisi son médecin.

A l'avenir, les médecins resteront libres, et pour nous, ils auront le devoir d'appliquer dans leurs réclamations le tarif ouvrier de leur syndicat et non le Tarif spécial, et ils devront faire payer à la victime de l'accident la différence entre les prix des deux tarifs, si, à la suite de contestations, le Tarif spécial leur est appliqué.

Que résultera-t-il de cette application ?

Le Tarif spécial étant, comme vous le verrez, inférieur sur des points très importants au tarif ouvrier adopté non seulement par le Syndicat des Médecins d'Ile-et-Vilaine, mais par tous les médecins du département, chaque fois que nous présenterons notre note d'honoraires, le patron ou la compagnie d'assurances responsables déclareront que l'ouvrier nous a librement choisis, et que, dans ces conditions, nos honoraires doivent être basés sur le Tarif spécial. Réclamerons-nous à l'ouvrier la différence que légalement il nous doit ! Avec quoi et comment nous payerait-il ? Dans notre département l'ouvrier n'est pas riche. il a souvent charge de famille et, dans nos campagnes comme dans beaucoup de villes, lui et sa famille ont droit à l'Assistance médicale gratuite (1).

Et croyez-vous que ce système de rémunération, codifié comme il l'est, avec ses exigences de mémoires détaillés et de renseignements auxquels le Corps médical est si peu habitué, restera longtemps spécial aux accidents du travail régis par la loi de 1898. Allons donc ! Avant peu il sera adopté pour la rémunération de nos soins dans les accidents agricoles, par exemple ; les compagnies d'assurances feront tout pour nous l'imposer et, cette fois encore, nous ne serons plus seulement les auxiliaires indispensables de l'application des lois humanitaires et philanthropiques, mais aussi leurs victimes. Et ce sera sur nous et rien que sur nous que pèsera cette tarification à outrance et cette exploitation sans limite de notre travail et de notre dévouement.

Voyons donc en quoi et comment ce tarif spécial lèse nos intérêts, et pour cela rappelons brièvement comment, dans notre département, les médecins étaient payés.

Trois modes de rémunération étaient en usage : 1° Un tarif forfaitaire, après entente entre les médecins et les patrons ou les compagnies d'assurances; 2° Le tarif ouvrier ; 3° Le tarif de l'Assistance médicale gratuite, en cas de contestation, l'ouvrier ayant choisi son médecin.

Dans le premier cas, le Syndicat avait adopté le prix minimum de 10 francs pour les petits sinistres qui forment, à notre avis, l'immense majorité, avec une indemnité de déplacement égale à 1 franc par kilomètre, aller et retour compris. En cas de sinistres plus sérieux et plus graves, les prix étaient majorés suivant l'importance de l'accident. Les compagnies d'assurances les plus importantes avaient accepté cette tarification : nous citerons : la *Préservatrice*, l'*Océan*, le *Syndicat de garantie*, la *Continentale*.

Dans le second cas, lorsque les compagnies n'avaient pas de traité spécial, elles acceptaient le tarif ouvrier (*Association des travailleurs français*, la *Zurich*, le *Patrimoine*, la *Mutuelle générale française*). Les certificats étaient alors payés : celui de constatation 3 ou 5 francs, suivant le cas, en sus de la consultation ou de la visite ; celui de guérison, deux ou 3 francs, suivant le cas, en sus de la consultation. Le prix de la visite était de 2 francs, celui de la consultation de 1 fr. 50, l'indemnité de déplacement étant toujours égale à 1 franc par kilomètre, aller et retour compris. Les pansements étaient toujours, en plus de la visite ou de la consultation : 1 fr. 50, 2 francs ou 3 francs, suivant les cas.

Dans le troisième cas, la victime ayant fait choix de son médecin et une contestation s'élevant au moment du règlement des honoraires, le tarif de l'Assistance Médicale gratuite devenait applicable. Comme dans l'Ille-et Vilaine, il n'existait pas, certaines communes ayant accepté le tarif d'abonnement, certaines autres le tarif à la visite, les tribunaux appliquaient le tarif ouvrier.

(1) N. D. L. R.— Hélas ! oui, cette constatation décourageante autant qu'exacte ne fait pas honneur au corps médical français et paralyse bêtement l'effort de ceux qui luttent pour sa défense.

Voyons maintenant le tarif spécial, mais seulement sur les points qui nous paraissent vraiment insuffisants et pour les communes d'une population inférieure à 5 000 habitants et pour les communes rurales, en grande majorité dans notre département:

ART. I.—*Le prix de la visite est réduit à 1 fr. 50 dans les localités de moins de 5.000 habitants et dans celles où il serait reconnu qu'antérieurement à 1901 le prix courant de la visite pour les ouvriers était inférieur ou égal à 1 fr. 50.*

Depuis longtemps, dans notre département, le prix courant de la visite pour les ouvriers est de 2 francs dans toutes les communes, quelle que soit l'importance de leur population.

ART. II. — *Le prix de la consultation au cabinet du médecin est inférieur de 0 fr. 50 au prix de la visite.*

Suivant cet usage, le prix de la consultation pour l'ouvrier est toujours de 1 fr. 50.

ART. III. — *Le prix de la visite ou de la consultation comprend un pansement aseptique simple ou petit pansement. Néanmoins, pour le pansement aseptique, fait au cours de la première visite ou consultation, il est alloué un honoraire égal à celui de la visite ou consultation.*

Voilà donc désormais la rémunération pour les pansements faits postérieurement à la première visite supprimée, et cependant, on ne peut contester qu'antérieurement à cette loi, les pansements nous étaient payés en plus de la visite, 1 fr. 50, 2 francs ou 3 francs suivant les cas.

ART. VII. — *Indemnité de déplacement calculée par kilomètre parcouru, en allant et en revenant, entre la limite de la commune de la résidence du médecin et la mairie de la commune où est traité le blessé, à raison de : 1° 20 centimes, si le transport a été effectué en chemin de fer : 2° 40 centimes, si le transport a eu lieu autrement*

Elle ne peut toutefois excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché; elle est majorée de moitié, *lorsque la visite doit être faite d'urgence, entre neuf heures du soir et six heures du matin.*

Avec l'application du Tarif spécial, dans bien des cas, l'indemnité de déplacement sera supprimée ; dans les autres cas, elle sera toujours insuffisante.

Autrefois, lorsque le médecin visitait un blessé habitant la même commune que lui, il recevait une indemnité de déplacement de 1 franc par kilomètre (indemnité portée au Tarif spécial à 0 fr. 40), par exemple 4 francs pour une distance de 4 kilomètres; désormais il ne recevra, dans ce cas, aucune indemnité de déplacement, il ne recevra plus que le prix de la visite, soit 1 fr. 50.

Dans les autres cas, l'indemnité sera toujours insuffisante parce que la distance entre la limite de la commune où réside le médecin et la mairie de la commune où habite le blessé, sera loin de représenter le chemin parcouru par le médecin, elle sera quelquefois de 2 ou 3 kilomètres, alors que pour parvenir à cette limite, le médecin aura dû parcourir un nombre de kilomètres souvent considérable.

Exemple : Le médecin habite la commune A ; entre la limite de cette commune et la mairie de la commune A où habite le blessé, il y a deux kilomètres ; mais pour se rendre à la limite de A, il y a cinq kilomètres à parcourir. Antérieurement au Tarif spécial, le médecin touchait 5 + 2 = 7 francs : à l'avenir il touchera 1 fr. 50 de visite, plus 2 × 0,40 d'indemnité de déplacement, soit 2 fr. 30.

Et encore nous supposons le blessé habitant en deçà de la mairie de B, mais s'il habite au-delà, à trois kilomètres par exemple, le médecin ne touchera rien pour les trois derniers kilomètres parcourus. Avant l'application du nouveau tarif, dans ce dernier cas, il aurait touché 5 + 2 + 3, soit 10 francs, au lieu de 2 fr. 30.

Si, au lieu d'une visite de jour, nous avons une visite de nuit, la rémunération du médecin est encore diminuée, car si, d'après le Tarif spécial, le prix de la visite de nuit est triplé, l'indemnité kilométrique est seulement majorée de moitié, alors qu'autrefois le prix de la visite de nuit était toujours le double de la visite de jour.

ART. IX.— *Le certificat médical initial constatant sommairement la nature de la blessure et le pronostic probable donne droit à une indemnité spéciale de 2 francs.*

En cas de blessures multiples, le certificat initial descriptif de l'état du blessé donne droit à une indemnité spéciale de 5 francs.

Le certificat final descriptif, constatant l'état du blessé après consolidation de la blessure, donne droit à une indemnité spéciale de 5 francs.

Le certificat par lequel le médecin indique, dans sa dernière consultation, la guérison du blessé, ne donne pas lieu à une indemnité spéciale.

La rémunération accordée pour l'établissement des certificats est insuffisante en ce sens que, le certificat initial descriptif est l'exception, et que le certificat de guérison simple n'est pas payé, contrairement à ce qui avait lieu autrefois.

Quant aux autres allocations prévues dans les articles suivants de la loi, nous estimons qu'elles correspondent à peu près toutes à l'ancien tarif.

Nous attirons votre attention sur l'article XV concernant les notes d'honoraires ; il vous suffira de le parcourir pour apprécier la minutie et l'exactitude avec lesquelles ces notes devront être établies. Nous ne saurions mieux faire, pour éviter à nos confrères les ennuis et les tracas que leur causerait la rédaction de ces notes, que de les engager à se procurer des notes imprimées et d'un modèle spécial, mises par le Concours médical à la disposition des médecins qui en feront la demande, et ce pour un prix modique. Nous vous soumettons, Monsieur le Président, un exemplaire de ces notes; vous jugegez cambien la rédaction d'une note semblable sera fastidieuse. Peut-être le Bureau du Syndicat pourrait-il se charger d'en adresser un exemplaire à chaque syndiqué (1).

Nous constatons donc qu'à moins de faire payer l'ouvrier, la différence entre les deux tarifs, chose matériellement impraticable, ce Tarif spécial est réellement onéreux pour le praticien de campagne et même de petite ville. Peut-on penser que l'application de ce tarif soit faite pour rendre le médecin partisan du libre choix du médecin pour l'ouvrier ? Et cependant ce libre choix était le rêve. Hélas ! une illusion de plus qui s'en va.

Il ne nous appartient pas de rechercher ici pourquoi ni comment ce fait a été adopté. Que nos confrères lisent dans le n° 41 du *Concours Médical* de l'année 1905, page 645, et ils verront que les exigences de certains médecins, leurs divisions et leurs jalousies n'y sont pas étrangères.

Mais il importe de savoir si nous devons nous incliner sans protester, sans lutter, devant un fait qui n'est pas encore accompli, tout au moins pour toujours, et qui ne le sera que parce que nous l'aurons bien voulu. S'il en était ainsi, il faudrait considérer la profession médicale dans nos campagnes où la population est si disséminée, comme ruinée, alors qu'elle y est déjà si difficile et si compromise. Et puisque la loi elle-même nous donne le droit et les moyens de protester et d'agir, c'est le moment de nous unir, de nous défendre dans l'intérêt de tous. Cette loi peut être revisée tous les deux ans et la Commission n'examinera, en vue d'arrêtés ministériels spéciaux prévus par les § 2 et 3 de l'article 1, que les demandes d'exception (relèvement des prix du tarif) adressées par les Syndicats médicaux et les Sociétés locales. Ces demandes, accompagnées de tous documents pouvant faire luxe de preuves, doivent être parvenues le 1er décembre 1905, au siège soit de l'Union des Syndicats médicaux, soit du Concours Médical ou de l'Association générale des Médecins de France.

(1) Voir la reproduction de ces notes d'honoraires dans le n° 22 du *Bulletin de l'Union des syndicats médicaux* (20 novembre 1905).

Nous vous demandons donc, si vous admettez nos réclamations, que nous trouvons justes, de vouloir bien établir, dans le laps de temps indiqué, une protestation dans le sens de la formule que vous trouverez dans le n° 43 du *Concours Médical* du 28 octobre 1905,page 678.Cette formule est bien,à notre avis,le sens exact de l'impression que nous a laissée la lecture de cette loi et elle contient bien les termes qui doivent être employés dans la rédaction de nos justes et modestes revendications (1).

Qu'il nous soit permis, à la fin de ce rapport, que nous aurions voulu plus bref et qu'il nous a été impossible de réduire, d'exprimer un regret. Certains de nos confrères syndiqués, beaucoup peut-être, et hélas ! les médecins en général,se désintéressent trop des questions d'intérêt général comme celle que nous venons de traiter ; ils ne veulent pas voir quel intérêt grave immédiat elles présentent pour chacun de nous et comment,dans un avenir peut-être prochain, nous serons, pour tous les actes de notre profession laborieuse et parfois si pénible, tarifés, taxés, pressurés ; de tous côtés et chaque jour nous voyons réduire nos honoraires ; réduction ici, là, partout : assistance médicale gratuite, application des lois d'hygiène, sociétés de secours mutuels, accidents du travail, etc. Nous crions bien haut sur nos malheurs individuels, mais ceux des autres, qui seront les nôtres demain, nous laissent indifférents,et nous ignorons trop la solidarité, l'union, la confraternité. Nous ne prenons pas assez contact avec nos confrères, nous sommes un peu individualistes, disons le mot : égoïstes.Il est temps cependant de s'unir et de s'entendre pour la défense commune.Nous avons beaucoup de droits, demain nous n'en aurons plus ; nous aurons toujours des devoirs, et nous saurons quand même les respecter. Mais il en est un auquel nous ne devons pas faillir,pour l'honneur,la sécurité et l'avenir du corps médical,c'est le devoir de nous aider les uns les autres. Que ceux de nos confrères qui sont les heureux, les privilégiés de notre profession, donnent l'exemple de la solidarité, qu'ils apportent aux humbles praticiens le concours de leur bonne volonté, de leur talent, de leur situation ; que les *humbles et modestes praticiens* apportent à la défense de leurs intérêts communs la même vaillance, la même ténacité qu'ils apportent chaque jour dans le pénible exercice de leur profession ; que tous s'unissent et s'entendent, et nous deviendrons forts contre les exigences incessantes de la société, qui semble chaque jour s'unir davantage pour nous demander beaucoup et nous donner bien peu.

Dr BOIVIN (de Bruz).

(1) Lire dans le n° 20 du *Bulletin de l'Association générale des médecins de France* (15 janvier 1906) l'article : «A propos du Tarif spécial pour les accidents du travail. »

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Nous adressons toutes nos félicitations aux membres du « Concours» qui vienent d'être nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs : Audollent (de Paris) ; Barthès (d'Ivry-sur-Seine) ; H.Gourichon (de Paris) ; Mugnier (de Paris) ; Parizot (de Paris); Peyre (de Bordeaux);Prengrueber, de Palestro (Algérie); Rigabert, de Marly-le-Roi (Seine-et-Oise).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs : Aubin, de Marans (Charente-Inférieure); Aulès, de Saillans (Drôme); Blaudamour (de Paris); Courtillier (de Paris); Fuzier, de Thoiry (Ain) ; Galangau, de Cerbères (Pyrénées-Orientales) ; Gouez, de Plougastel-Daoulas (Finistère); Griffault, de la Motte-Sainte-Héraye (Deux-Sèvres); Laugier, à Bar-sur-Loup (Alpes-Maritimes) ; Laurent, de Vitrey (Haute-Saône) ; Levrat (de Lyon); Mallet, de Tournan (Seine-et-Marne); Maugard, de La Roche-sur-Yon); Petit, de Montereau (Seine-et-Marne) ; Rouvier, de Voiron (Isère) ; Tison (de Paris) et Vimont (de Paris)

Une Coopérative libre du Corps Médical. — Tous les membres du *Concours Médical* n'ont pas été sans recevoir les premiers numéros de l'*Aurore Médicale*, cette petite revue mensuelle d'intérêts professionnels et particuliers que dirige l'un des nôtres, M. le Dr Poitevin. Dès son apparition, notre confrère s'est immédiatement jeté dans la mêlée pour le bon combat : il a lancé un Referendum sur l'utilité de la création d'une *Coopérative libre du corps médical.* (C'est ce referendum que nous avons publié dans notre numéro du 30 décembre dernier, en souhaitant la bienvenue à l'*Aurore*). Les réponses ont été nombreuses, et, en présence des précieux encouragements qu'il a reçus, le Dr Poitevin n'hésite pas à convoquer en assemblée générale tous les confrères qui ont bien voulu lui adresser leur adhésion. Il prie également tous ceux qui, pour une raison ou pour une autre, ne lui ont pas répondu, de faire tout leur possible pour assister à cette réunion.

L'assemblée générale aura lieu le 18 mars prochain, à 2 heures très précises dans les salons du Restaurant Marguery, 36, boulevard Bonne-Nouvelle.

L'ordre du jour est le suivant :

1° Constitution d'un bureau provisoire.
2° Discussion et adoption des statuts.
3° Election d'un comité d'organisation.

Dans la période si pénible que traverse notre profession, nous croyons qu'il est de notre devoir d'encourager toutes les initiatives qui ont pour but le relèvement moral et matériel du Corps médical, surtout quand l'une de ces initiatives émane de l'un des nôtres. Aussi faisons-nous des vœux pour le succès de la *Coopérative* et prions-nous tous nos lecteurs d'y adhérer dans la plus large mesure possible.

Pour tous renseignements s'adresser au docteur *Poitevin*, rédacteur en chef de l'*Aurore Médicale*, 97, rue Lafayette, Paris, 10e. — Téléphone 432-50.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours pratique d'accouchements avec manœuvres opératoires commencera le lundi 12 mars 1906, à 9 heures du matin, sous la direction de M. Couvelaire, chef de laboratoire et de M. Sauvage, chef de clinique. Ce cours sera complet en un mois et aura lieu *tous les jours* à la clinique Baudelocque.

Un deuxième cours pratique d'accouchements avec manœuvres opératoires commencera le lundi 23 avril 1906 à 9 heures, sous la direction de M. Franck-Brentano et M. Delestre, anciens chefs de clinique. Il sera complet en un mois et aura lieu tous les jours à la même heure, à la clinique Baudelocque. Le droit à verser est de 50 francs pour chaque cours.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs les décès de MM. les docteurs HAMAIDE, de Fumay, (Ardennes) et BERNÈDE, d'Agen, membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison sp[...]e pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année — N° 11 — 18 MARS 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Bout de dialogue entre deux gares.

— Oui, c'est entendu, les Syndicats médicaux ont forcé l'estime de la profession tout entière ; presque tous les confrères s'honorent d'en faire partie ; il n'y a plus à s'en cacher ou à s'abstenir que quelques phénomènes attachés à la contemplation de leur nombril jugé par eux pontifical et d'essence supérieure. Mais. .

— Mais ? fis-je à mon interlocuteur.

— Mais, reprit-il, tout se borne souvent à des paroles. Nos confrères ont bien poussé jadis, en 1892, MM. Cornil, Trarieux, Loubet, etc., à proclamer tout haut dans le Parlement qu'ils voulaient le Syndicat, comme les ouvriers, parce qu'ils ne sont que des ouvriers. Ils ont bien couvert d'applaudissements, tout dernièrement encore, le représentant de la Bourse du Travail de Paris qui, à la fin de notre banquet, réclamait la défense en commun des ouvriers aux mains blanches et des ouvriers aux mains noires. Seulement, ces beaux enthousiasmes tombent au-dessous de zéro quand il s'agit d'immoler sur l'autel syndical un fixe de 150 fr., un mandat de conseiller d'arrondissement, l'espoir d'un bout de ruban ou de célèbres médailles pour soins gratuits à la gendarmerie nationale du patelin. En avons-nous connu de ces félonies-là ? En ont-elles tué des Syndicats, quand elles émanaient surtout des membres du bureau, ce qui ne fut pas très rare ?

— Je le sais, j'en conviens, vous avouez que tout cela commence à changer.

— « Commence » est bien le mot, car trop souvent encore, vous voyez mettre à la tête de nos groupements, par goût pour ce qu'on appelait le decorum, les plus satisfaits, les plus décorés et prébendés, les plus inféodés aux vieilles rengaines de droits acquis par… n'importe quoi, la hiérarchie résultant du machinisme des concours ou des népotismes variés. Comment diable voulez-vous que ces hommes de l'ancienne génération luttent avec zèle et vigilance pour l'égalité syndicale, dont ils sont la négation vivante ?

— Patience, cher ami, la période de transition dont vous signalez les plus mauvais vestiges, touche à sa fin. La misère des temps accentue le mouvement et l'aura vite achevé, car, cette fois encore, « à quelque chose malheur est bon».

— Précisément, vous arrivez à mes vues. Je crois aussi au plein développement du Syndicalisme médical à bref délai, mais parce qu'alors, bourgeois que nous étions restés sans en vouloir convenir, nous serons bel et bien devenus des ouvriers et lutterons avec âpreté pour notre gagne-pain.

Ne trouvez-vous pas qu'avec un peu de prévoyance on eût pu éviter tant de misères prochaines ?

— Parbleu ! Mais savez-vous combien il y a de prévoyants vrais dans tout le corps médical de France ? Un sur cinq, en comptant largement.

Tout le reste vit au jour le jour dans un milieu de veulerie, d'aveuglement et de résignation fataliste. Et quand on lui crie amicalement : « casse-cou » toute son énergie passe à se boucher résolument les oreilles. Vous lui parlez de l'« Amicale » : il répond : « quand j'aurai contracté une tare » et alors la porte lui sera fermée ; vous lui signalez le «Sou médical», il préfère attendre que le président Magnaud lui ait prouvé qu'on n'endort pas les gens pour toujours sans avoir à payer cela de quelques billets de mille ; il s'inscrit au « Patronage médical », mais il oublie que l'eau de Condal est un excellent purgatif ; et tout marche à l'avenant pour lui.

—Toujours du quartier latin, alors ?

— Hélas oui, mais avec les années et les charges en plus, et par compensation, avec les illusions en moins.

— Arriverons-nous jamais à changer cette mentalité ?

— ??? — Du moins, nous essayerons toujours.

— Allons, bon courage ! et au prochain banquet du « Concours ». Dr X...

Correspondant de Sambre-et-Meuse.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le végétarisme.

Depuis cinquante ans, on s'est mis à manger trop de viande, surtout à Paris. La conséquence de cet abus, c'est que le nombre des affections intestinales a considérablement augmenté.

« La nature de l'homme s'oppose-t-elle à un régime végétarien ? M. le professeur Gautier ne le pense pas. L'espèce humaine, dit-il, est omnivore par son instinct, par sa dentition, ses sécrétions, surtout par son besoin d'activité. Pour travailler vite et bien, il faut à l'homme moderne surtout des aliments excitants. Un régime mixte de viande et de végétation semble lui convenir à tous les points de vue.

« D'après M. Armand Gautier, les Hindous porteurs de dépêches parcourent, chaque jour, vingt lieues, allant de ville en ville ; ils ne mangent que du riz.

« Les paysans roumains et russes travaillent aux champs de seize à dix-huit heures et ne mangent que des légumes, du pain noir ou de la polenta, un peu de fromage et d'ail. Les mineurs de l'Amérique du Sud, les soldats turcs, les portefaix de Salonique et de Constantinople, tous hommes rudes, qui transportent des fardeaux très lourds, ne vivent que de légumes cuits, de riz, de figues, ne touchent presque pas à la viande et ne boivent pas de vin. Cela ne les empêche pas d'être « forts comme des Turcs ».

« Des trois régimes : carnivore, semi-carnivore et anticarnivore, ce dernier est le moins cher.

« Un homme pourrait se nourrir avec 70 centimes par jour par le régime semi-carnivore, et avec 35 centimes s'il est végétarien absolu.

« Le régime végétarien absolu ne répond pas bien aux besoins et aux intérêts des races européennes. Mitigé par l'adjonction du lait, de la graisse, du beurre, des œufs, il a de grands avantages. Il alcalinise le sang, accélère les oxydations, diminue les déchets organiques et les toxines qui nous empoisonnent. Ce régime moyen qui emprunte au régime animal fort peu d'éléments, épargne les maladies de peau, l'arthritisme, les congestions des organes internes. Il tend à transformer les peuples, à les rendre pacifiques et non pas agressifs et violents. Il est pratique et rationnel.

« M. Armand Gautier déclare qu'il doit être accepté si l'on poursuit l'idéal de la formation et de l'éducation de races douces, intelligentes, artistiques et cependant prolifiques, vigoureuses et actives. »

Les Pessaires dans la rétroversion utérine.

Dans une récente leçon sur les déviations de l'utérus, M. le prof. Le Dentu a montré que l'on avait tort d'abandonner les pessaires.

« Certes, dit-il, on ne peut pas considérer le pessaire comme un moyen ordinairement actif, mais c'est parfois un moyen palliatif efficace et suffisant ; j'ajoute un moyen temporaire, car il ne faut pas croire que les femmes à qui on en a mis un, soient toujours condamnées à le garder toute leur vie.

« De beaucoup le plus utile pour la rétro-déviation, c'est le pessaire de Hodge, espèce de cadre en aluminium ou en caoutchouc durci, contourné sur ses bords latéraux en S de telle façon que sa portion supérieure, concave en avant, engagée dans le cul-de-sac recto-vaginal, refoule en haut le fond de l'utérus et en avant la face postérieure du corps de l'organe.

« Voici comment vous introduisez ce pessaire ; vous écartez, avec le pouce et l'index de la main gauche, les petites lèvres de la malade. Vous introduisez le pessaire vaseliné de champ, en déprimant doucement la fourchette vulvaire. Une fois que le pessaire est arrivé dans le vagin à une certaine profondeur, vous le retournez, de manière à ce que la concavité de sa partie supérieure regarde en avant. Quand il est retourné, vous introduisez l'index de la main droite dans l'intérieur du cadre et vous allez accrocher le col de l'utérus par derrière, afin de le ramener dans l'intérieur du cadre. Dans la position debout de la malade, le pessaire se trouve presque vertical, de sorte qu'une pression très douce et suffisante s'exerce au moyen du bord supérieur du cadre sur le cul-de-sac postérieur du vagin. Cette pression ne s'exerce pas seulement sur le vagin, mais aussi sur le fond de l'utérus. Elle oblige ce dernier à basculer en avant et à venir se placer à peu près dans la position verticale, ce qui est déjà une position presque physiologique.

« Ce pessaire est ordinairement bien supporté par les malades.

« Contre une rétrodéviation qui se rattache à de la congestion utérine, à de la métrite, c'est un moyen adjuvant excellent ou du moins d'une utilité réelle. Il est bon de prolonger l'emploi du pessaire quelque temps après la guérison de la lésion.

« Il comporte certaines contre-indications. Quelles sont-elles ?

« Il y a d'abord ces circonstances qui font que ce n'est pas à un pessaire qu'on doit avoir recours, même à titre temporaire, mais d'emblée à une opération radicale. Certaines femmes, sans être atteintes de lésions sérieuses, présentent une sensibilité extrême de tout l'appareil génital ; elles réalisent à des degrés divers le tableau des grandes névralgies pelviennes. Ces femmes-là ne supportent pas le pessaire. Parmi celles qui ne peuvent s'en accommoder figurent également les malades qui ont de petites lésions annexielles avec des adhérences autour de l'utérus, et particulièrement avec des exsudats dans le cul-de-sac postérieur.

« Pour ces cas, vous devrez préférer la columnisation du vagin, c'est-à-dire un tamponnement total avec bourrage suffisant du conduit pour le transformer en une sorte de colonne rigide. Vous aurez aussi recours utilement aux massages utéro-vaginaux. Ces massages bien faits procurent fréquemment d'excellents résultats. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

PÉDIATRIE

Clinique d'accouchement Tarnier :

M. le Professeur Budin.

L'allaitement au sein.

Dans les heures qui suivent la naissance, on observe, chez l'enfant, un abaissement de la température du corps ; celle-ci peut diminuer jusqu'à 36°5, 36°, 35°5 parfois. Cet abaissement, quoique naturel, doit être surveillé ; vous verrez que, chez les petits débiles, il est susceptible de devenir mortel.

En même temps, dans les premières heures et les premiers jours de son existence, le nouveau-né perd de son poids, ce qu'explique l'évacuation du méconium, l'expulsion des urines et le peu de nourriture ingérée à ce moment.

Pour produire de la chaleur et lutter contre le froid, pour accroître et augmenter son poids, le nouveau-né a à sa disposition un moyen : l'alimentation, et un aliment tout spécial : le produit de la sécrétion mammaire, le lait.

Le lait est un liquide qui contient des éléments solides, graisseux, et des substances dissoutes (albuminoïdes, sels minéraux et gaz). Voici la composition d'un litre de lait de femme :

Eau....................	870 gr.
Beurre.................	36 gr.
Sucre de lait............	74 à 75 gr.
Albuminoïdes..........	12 à 14 gr.
Sels (phosphates, Na Cl).	2 gr.
Gaz (acide carbonique, oxygène, azote).	

Le lait qui séjourne dans les mamelles descend dans les canaux galactophores et s'accumule au-dessous de l'aréole, dans les sinus lactifères. On a constaté que ce premier lait, qui arrive ainsi spontanément dans les sinus et qui est pris par l'enfant au début de la tétée, renferme beaucoup d'eau et ne contient généralement que 12 à 14 grammes de beurre.

Lorsque vous faites jaillir le lait par des pressions convenables exercées sur le sein, ne soyez donc pas surpris de voir s'écouler d'abord un liquide assez clair et n'en déduisez pas, comme conclusion, que la nourrice est mauvaise. Au fur et à mesure qu'il sort de la mamelle, le lait se modifie. Celui du milieu de la tétée est plus chargé ; celui de la fin de la tétée, le « fond » du sein, si je puis m'exprimer ainsi, est plus riche encore : il contient 40 gr., 50 gr., 60 gr. de beurre.

Ce fait n'est pas particulier à la femme. Il se retrouve chez les espèces animales. Si l'on trait une vache trop rapidement, on a un lait clair. Il faut la traire complètement pour avoir du bon lait. De même, il faut que l'enfant vide la mamelle de sa nourrice.

Il s'ensuit de là plusieurs considérations pratiques à retenir.

Suivant que l'on veut donner à l'enfant un lait faible, moyen ou fort, on le fait téter quelques instants ou plus longtemps.

Lorsque vous désirez une analyse du lait, il est nécessaire de vider entièrement le sein. Il y a plus. Le lait du matin est différent de celui de midi, qui est lui-même différent de celui du soir. Aussi, pour faire une bonne analyse, convient-il de réunir plusieurs laits : on recueille par exemple, 20 gr. le matin, au début de la tétée, 20 gr. à midi, au milieu de la tétée, et 20 gr. le soir, à la fin de la tétée. En mélangeant ces trois prises, on obtient une moyenne qui fournit des renseignements suffisants.

L'enfant nouveau-né sera allaité à partir du deuxième jour. On le mettra au sein 8 à 10 fois par 24 heures, ce qui fait toutes les deux heures le jour et une ou deux fois la nuit. Mais, évidemment, ces indications ne vont pas jusqu'à dire que, toutes les 2 heures, montre en main, on réveillera l'enfant s'il dort pour lui donner le sein. Qui dort dîne, dit le proverbe ; c'est un peu vrai pour le nourrisson. Laissez-le digérer et vous verrez que, au bout de quelque temps, il se réveillera spontanément à l'heure voulue. Un peu plus tard, vers deux mois, on espacera les tétées, qui auront lieu toutes les deux heures et demie ; à cinq ou six mois, toutes les trois heures.

L'enfant ne restera pas plus de 10 à 15 minutes au sein, temps suffisant pour qu'il prenne la quantité de lait, dont il a besoin. Il y a inconvénient, au début de l'allaitement surtout, à prolonger les succions. Les mamelons n'y étant pas accoutumés, il s'ensuit des ecchymoses, des gerçures, avec les conséquences que vous connaissez.

L'enfant ingère donc du lait dans des proportions qu'il est facile de définir en pratiquant des pesées avant et après la tétée.

Il arrive parfois que le nourrisson ne prend pas assez de lait et diminue de poids. Voici la courbe d'un enfant dont le poids avait ainsi baissé pendant 4 jours. Nous avons pensé qu'il

n'absorbait pas suffisamment d'aliment et nous l'avons mis au sein d'une première nourrice. La courbe ayant continué à descendre, nous avons changé la nourrice et une augmentation régulière du poids s'est alors produite.

Ces enfants, qui ne sont pas assez nourris, restent, ordinairement, dans un certain état de torpeur et, dans le monde, on les appelle volontiers des enfants sages. Ils ne crient pas, urinent peu, ont peu de garde-robes. Il faut y faire attention: ces nourrissons finissent, à un moment donné, si on ne les surveille pas, par ne plus avoir la force de téter et ils succombent.

Aujourd'hui, nous ne pourrions plus vous montrer des courbes du genre de celle dont je viens de parler, que j'observais en 1887-1888. Quand, actuellement, nous voyons qu'un enfant ne se développe pas convenablement, nous pesons toutes les tétées et nous consignons les résultats sur des feuilles spéciales. Si nous constatons que les tétées sont insuffisantes, nous donnons à l'enfant, en plus du sein maternel, le lait d'une nourrice. Nous n'avons plus de ces grosses descentes de poids ; si, de temps en temps, il y a arrêt, il se régularise vite.

Dans d'autres cas, le nourrisson prend trop de lait. Il augmente alors dans des proportions considérables — ce dont les femmes sont quelquefois très fières —, mais bientôt ses garde-robes deviennent liquides, puis vertes. Des régurgitations, des vomissements surviennent ; le poids reste stationnaire et descend. Le remède consiste à réduire la durée des tétées.

Quelles quantités de lait de femme le nourrisson doit-il prendre pendant la première année ? C'est là une question délicate a résoudre et sur laquelle les observations des médecins sont variables. Tout d'abord, on manque d'études complètes à ce sujet, car il n'est guère pratique de peser toutes les tétées d'une année. De plus, les chiffres ainsi trouvés sont relatifs et devraient être complétés par une analyse quotidienne du lait — chose impossible pour le lait de femme. J'ajoute que l'enfant supporte mieux le lait de femme et peut en faire des excès sans en être réellement incommodé. De ce qu'un nourrisson dont la croissance est normale ingère 700 gr. de lait, cela ne prouve pas que ces 700 gr. lui étaient nécessaires. Il conviendrait de connaître la quantité *utilisée* du lait, d'analyser pour cela les ingesta et les excreta, où peuvent se trouver des substances (beurre, etc.), non assimilées. Nous savons que les gros mangeurs adultes ont des garde-robes abondantes dans lesquelles ils éliminent ce qu'ils ont pris en trop. L'intestin débarrasse le sujet de cet excédent, quelquefois sous forme de diarrhée. Vous voyez, par ces considérations, combien il est difficile d'apprécier la quantité de lait de femme qu'un nourrisson doit prendre. On a donné les chiffres approximatifs suivants :

600 gr. jusqu'à 1 mois ;
600 à 700 gr. jusqu'à 2 mois ;
800 gr. jusqu'à 6 mois ;
900 gr. après le 7e mois.

Encore faudrait-il tenir compte du poids de l'enfant à la naissance. Un nouveau-né de 4 kg.500 et un autre de 2 kg. 500 n'auront pas évidemment la même ration alimentaire.

En somme, les quantités de lait de femme qui constituent le régime normal des nourrissons demeurent mal déterminées. Il n'y a pas toujours, il est vrai, — pour le lait de femme — grand inconvénient à laisser l'enfant en absorber trop. Il vaut mieux néanmoins rester dans des limites utiles. Un nourrisson suralimenté, vous ai-je dit, a des régurgitations, des vomissements, de la diarrhée. En face de semblables troubles morbides, faites des pesées avant et après la tétée, et rendez-vous compte de ce qui a été ingéré. Diminuez, s'il y a excès, la durée de la tétée. Si, par exemple, vous voyez un nouveau-né prendre 150 gr. de lait en quelques minutes, recommandez à la femme de donner le sein pendant une à deux minutes seulement. Les garde-robes étant redevenues normales, augmentez, s'il y a lieu, la durée des tétées. jusqu'à 3, 4 minutes, etc.

Il est aussi, par contre, des nourrices qui n'ont pas assez de lait; leurs enfants ne se développent pas bien et n'ont pas une courbe de poids convenable. Cette insuffisance n'est souvent que momentanée : avec l'aide d'une autre nourrice ou avec un peu d'allaitement mixte, vous pouvez arriver fréquemment à attendre que le lait soit assez abondant chez la mère.

Pour juger si une femme a beaucoup ou peu de lait, ne vous fiez pas trop aux apparences. Il est de gros seins infiltrés de graisse qui ne renferment qu'une faible quantité de tissu glandulaire, et d'autres, moins développés, qui sont bien supérieurs, comme sécrétion lactée. D'ailleurs, il est bon de savoir que, d'une manière générale, la femme est susceptible de donner notablement plus de lait qu'on ne le croit habituellement.

Lorsque j'étais à la Maternité et que j'y dirigeais le service des débiles, j'ai pu faire l'observation suivante. Nous avions 14 nourrices allaitant, outre leurs propres enfants, 40 petits débiles. Je mesurai par des pesées avant et après les tétées, les quantités de lait fournies par chaque femme. Je constatai ainsi que, en moyenne, chaque nourrice fournissait, à la date du 1er octobre, 1660 gr. de lait, le 15 octobre 1880 gr., le 2 novembre 1960 gr., et le 29 novembre 2230 gr. Une d'entre elles atteignit le chiffre de 2840 gr. Cette ascension était due à ce que, du 1er octobre au 29 novembre, le nombre des débiles allaités s'était accru progressivement : les seins des nourrices sécrétaient d'autant plus qu'on leur demandait plus. Le 29 novembre survint une épidémie de grippe qui, naturellement, fut très meurtrière pour les enfants débiles : la moyenne de la sécrétion lactée des nourrices tomba, à ce moment, à 1430 gr. Vous voyez donc que le sein répond à l'appel qui lui est fait, augmente ou diminue son travail, suivant qu'il est plus ou moins sollicité.

De cela résulte quelques considérations de pratique.

Par exemple, une femme qui a deux jumeaux, pourra souvent, pour ce motif, nourrir d'une façon complète ses deux nouveau-nés, du moins pendant un certain temps.

Une femme peut très bien, dans la pluralité des cas, allaiter son enfant et donner encore le sein à un autre nourrisson. Vous voyez fréquemment, dans nos salles, des femmes remplir ce rôle de nourrice bénévole au profit d'enfants dont la mère n'a pas assez de lait. Les enfants de ces femmes n'en pâtissent pas. De même, en ville, dans les familles, une femme peut allaiter son

enfant et son nourrisson, sans que ni l'un ni l'autre n'en souffrent.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'action clinique du Chlorhydrate de Cotarnine ou Stypticine dans les hémorrhagies de l'appareil utéro-annexiel de la femme (*Fin* 1).

III. Hémorrhagies d'origine annexielle et néoplasique.

Etudions maintenant l'action de la Stypticine sur les hémorrhagies symptomatiques des affections salpingo-ovariennes. Nous marchons ici sur le domaine chirurgical, mais prudemment, en praticien qui n'ignore pas la puissance du bistouri.

La Stypticine, en effet, n'a pas la prétention d'éviter les extirpations sanglantes de l'ovaire et des trompes. Elle s'adresse seulement aux hémorrhagies causées par ces lésions et à leurs manifestations douloureuses.

Toutes les salpingites kystiques et non kystiques peuvent donner lieu à des hémorrhagies, et, sans entrer dans des subdivisions inutiles à ce travail, nous envisagerons seulement les deux variétés anatomo-pathologiques qui ont plus spécialement frappé notre observation : la salpingite catarrhale commune, et cette forme d'hématosalpynx, encore peu connue, désignée sous le nom d'apoplexie tubaire.

Voici une femme de 29 ans, souffrant depuis plusieurs années de métrite banale. Depuis un an 1/2, la dysménorrhée et les douleurs lombaires ont augmenté de violence. En même temps, est apparue une douleur lancinante à la fosse iliaque gauche, s'irradiant à la cuisse et à la jambe du même côté. Depuis 5 mois, la dysménorrhée a un peu diminué, mais il existe des ménorrhagies très abondantes. Elles apparaissent brusquement, spontanément, et durent 11 à 12 jours.

L'utérus est gros, légèrement rétrofléchi. Pas d'ulcération. Dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche, le doigt indicateur perçoit nettement un cordon noueux, arrondi, séparé de l'utérus et fort douloureux. L'ovaire n'a pas augmenté de volume, mais il est sensible au toucher. A droite, le cul-de-sac est à peu près normal, et il nous est difficile de délimiter les annexes.

Il s'agit d'une salpingite catarrhale surtout développée à gauche et produisant les hémorrhagies profuses dont nous avons parlé.

Au moment où nous avons vu cette malade (juin 1904) les ménorrhagies touchaient à leur fin, de telle sorte que nous ne pouvons pas absolument mettre sur le compte du médicament leur arrêt complet en 48 heures. Mais, sur notre conseil, la malade a pris, par la suite, 5 tablettes de Stypticine pendant la semaine précédant la période cataméniale, et 6 tablettes les 4 premiers jours, pour redescendre ensuite à 3. Les règles perdirent alors leur abondance insolite et ne durèrent pas plus de 7 jours. Depuis ce moment, la malade est toujours parvenue à juguler ses ménorrhagies, mais elle est parfois obligée d'absorber 6 tablettes pendant toute la durée cataméniale.

Dans ce cas, l'action hémostatique de la Stypticine nous a paru tout à fait démonstrative. Il faut cependant faire remarquer que le médicament n'a pas eu d'action sensible sur le volume de la trompe malade, car si le toucher est moins douloureux, l'hypertrophie tubaire est à peu près la même.

Dans 9 observations analogues, dont plusieurs avec rétroflexion utérine accentuée, les résultats ont été favorables, sauf dans un cas d'annexite double avec rétroflexion très nette, où le médicament ne donna que des résultats momentanés. Dans ces sortes d'affections, il est probable que la Stypticine n'agit pas seulement par son pouvoir vaso constricteur, mais aussi par son action sédative sur le sympathique, origine des réflexes vaso-moteurs.

Nous avons observé encore un cas très intéressant de cette variété d'hémato-salpinx appelée *apoplexie tubaire*. Il s'agissait d'une femme de 37 ans, pléthorique, atteinte de métro-salpingite catarrhale avec menstrues irrégulières et excessivement abondantes. Si l'on observait cette femme en dehors des règles et à ce moment même, on constatait, dans le 1er cas, une trompe gauche sensible et légèrement hypertrophiée, mais atteignant, dans le second cas, le volume du petit doigt. Il existait alors de très vives douleurs à l'aine gauche et à l'hypogastre. L'hémorrhagie apparaissait spontanément, d'abord sous forme de caillots, puis nettement liquide. Au bout de 12 à 13 jours, quand les ménorrhagies cessaient, la trompe reprenait le volume plus restreint qu'elle présentait avant les règles.

En présence de ce phénomène, nous avons pensé qu'il s'agissait là, non pas d'une simple congestion physiologique analogue à celles signalées par Landau et Rheinstein (1), mais d'un véritable cas d'apoplexie tubaire causée chez cette pléthorique par la période cataméniale. L'augmentation très nette du volume salpingien, la consistance molle de l'organe à ce moment précis montraient qu'il se produisait dans la cavité tubaire une importante exhalation sanguine.

Or, dans ce cas, 6 tablettes de Stypticine par jour ont fait nettement diminuer les hémorrhagies et régresser en moins d'une semaine le volume de la trompe. Les menstrues suivantes, précédées du traitement préventif, n'ont plus présenté cette exagération fluxionnaire de l'organe, les souffrances étaient moins vives et les règles duraient 5 à 7 jours sans trop d'abondance.

La Stypticine s'est encore montrée un bon vasoconstricteur dans les hémorrhagies de l'ovarite sclérokystique.

Dans 5 cas de ce genre, chez des femmes de 20 à 42 ans, nous avons pu arrêter sans difficulté des ménorrhagies particulièrement abondantes. Nous devons signaler, cependant, que la douleur, très intense dans 3 cas, a été insuffisamment calmée, et qu'il a fallu recourir à d'autres analgésiques.

D'une façon générale, on doit faire la remarque suivante : c'est que la Stypticine exerce sur les hémorrhagies d'origine annexielle une action empêchante très nette, certainement plus précise que celle de l'hydrastis. Absorbée suivant la mé-

(1) Voir le *Concours médical*, nos 4 et 8, 1906.

(1) *Arch. f. Gyn.* 1892 Cd XLII, p. 273.

thode préventive, qui est la meilleure, elle s'oppose à l'état fluxionnaire pathologique des ovaires malades.

En sera-t-il de même des néoplasmes utérins ? La question mérite qu'on s'y arrête un moment.

On sait, depuis peu de temps, que les fibromyomes, constitués par du tissu conjonctif et musculaire, présentent encore des veines, des artères et des capillaires. On sait aussi qu'ils tirent leur origine des vaisseaux même de l'utérus. Ces tumeurs sont, d'après Pillet (1), une maladie primitive du réseau vasculaire utérin : « L'évolution des fibromes est en rapport avec l'activité de l'utérus ; tout ce qui exagère cette circulation augmente le volume et accroît le développement de la tumeur (2) ». Cela est tellement vrai que Gottschalk (3) a recommandé la ligature des artères utérines comme traitement curatif des fibromes.

Il résulte de cette pathogénie que le praticien doit, avant toute opération chirurgicale, essayer de ralentir l'évolution myomateuse par des agents vaso-constricteurs. Il le fera d'autant mieux que ces tumeurs s'accompagnent de métrorrhagies très abondantes et tenaces, et que, d'autre part, il pourra peut-être, par ce moyen, empêcher l'apparition de la variété angiotélectasique.

Dans 7 cas de fibromes insterstitiels et sous-muqueux amenant des métrorrhagies profuses et des ménorrhagies, la Stypticine a donné des résultats satisfaisants.

Dans 5 observations, le flux sanguin, en dehors des règles, a complètement disparu au bout de 6 à 10 jours de traitement. Dans les deux autres cas, comme les hémorrhagies reparaissaient, il a fallu porter les doses de Stypticine à 6 et 7 tablettes pour obtenir un meilleur résultat. Nous insistons donc sur ce fait que, pour agir nettement sur les hémorrhagies fibromateuses, il ne faut pas craindre les hautes doses de Stypticine. Il est certain que ce médicament resserre les vaisseaux de la tumeur et de la muqueuse utérine qui la supporte. Mais, que le fibrome s'atrophie et disparaisse, nous ne l'avons pas constaté, et nos observations ne sont pas encore assez lointaines. En tout cas, nous pouvons dire que, chez deux malades ayant un corps utérin globuleux, atteignant les dimensions d'une petite orange, le volume de l'organe n'avait pas augmenté après 8 mois de traitement, répété à chaque époque et, au palper bi-manuel combiné au toucher, ces deux utérus nous ont paru moins appréciables derrière la symphyse pubienne. On peut donc admettre que, dans ces deux cas de fibromes récents, l'évolution pathologique s'est arrêtée. Mais la tumeur marchait-elle vraiment vers l'atrophie ? Des recherches complémentaires seraient nécessaires à ce point de vue.

Quant aux gros myomes anciens, on ne pourrait guère obtenir la régression organique avant deux années de traitement, mais il n'est pas téméraire de l'espérer avec la Stypticine, puisque Schatz (4) en a cité plusieurs cas dus à l'hydrastis canadensis.

(1) *Bull. de la Soc. Anat.*, 1894.
(2) Labadie Lagrave et Legueu. — *Traité de Gynécol.* 1902, p. 825.
(3) *Cent. f. Gyn.*, 1894 n° 44, p. 1017 et *Ann. de Gyn.*, 1896, p. 343.
(4) Congrès gyn. de Halle, 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 394).

Les hémorrhagies du polype utérin sont passibles du traitement médical par la Stypticine; toutefois, les résultats ne sont pas définitifs, car la tumeur irrite constamment la muqueuse utérine, et, si la Stypticine enlève à ces hémorrhagies véritablement métritiques leur abondance et leur continuité, elle ne saurait faire disparaître le corps étranger qui les détermine. Nous avons observé un seul cas de polype fibreux, encore peu développé. Il atteignait à peine le volume d'une noix et s'implantait sur le fond de l'utérus. Cette malade avait des métrorrhagies extrêmement abondantes et nous l'avions tout d'abord soignée pour une métrite fongueuse. Mais, sous l'influence de la Stypticine, tandis que les pertes sanguines disparaissaient, les douleurs, au lieu de diminuer, avaient augmenté d'intensité. Il se produisait des coliques expulsives très vives. Nous eûmes alors l'idée de recourir au cathéter, qui trancha le diagnostic. L'opération s'imposait. Nous avons vu d'après ce cas l'action nettement contractile de la Stypticine sur les fibres musculaires de l'utérus et le danger qu'il y aurait à l'employer dans les cas de grossesse ou d'hémorrhagie *ante abortum*.

Les métrorrhagies du cancer utérin, quelle que soit sa forme, se trouvent bien de la Stypticine. Dans deux observations d'épithélioma du col à forme ulcéreuse, et dans une observation de carcinome du corps, nous sommes arrivés, avec 4 à 6 tablettes, à diminuer nettement l'écoulement sanguin inter-menstruel. Mais nous n'avons pas toujours réussi à calmer les symptômes douloureux. Nous n'insistons pas davantage, car, pour le traitement de ces néoplasmes, la temporisation est fatale.

En matière de conclusion, nous dirons que la Stypticine exerce sur les hémorrhagies utéro-annexielles une action vaso-constrictive constante et en général fort nette. Elle est sans danger pour l'organisme, ne fatigue pas l'estomac et son pouvoir analgésique est suffisant contre les douleurs de moyenne intensité.

Il est bon d'ajouter que, si le médicament est franchement hémostatique, il laisse à la chirurgie toute son importance, mais il prépare le champ opératoire des interventions sanglantes.

Dr M. Nigoul,
Médecin en chef
du Dispensaire de la Préfecture de la Seine.

MÉDECINE SOCIALE (1)

Par le Professeur L. Landouzy

Inanité de la statistique numérant les causes de décès et chiffrant la mortalité tuberculeuse en France. — La croyance en la progression de la tuberculose, faite plus d'impressions médicales que de statistiques. — Extension manifeste de la tuberculose aux campagnes. — Indispensabilité de remanier les éléments de notre statistique mortuaire avant de l'étendre à toutes les communes. — La désinfection comme corollaire de la déclaration des décès tuberculeux.

Comme la plupart des médecins de Paris ; comme la plupart des médecins de nos villes,

(1) D'après la communication faite à l'Académie de médecine, séance du mardi 30 janvier 1905.

grandes, moyennes ou petites; comme nombre de nos confrères pratiquant dans les campagnes, j'estime, d'après les choses vues, la tuberculose bien supérieure à ce que tendraient à nous faire penser les statistiques, quels que soient d'ailleurs les chiffres faibles ou les chiffres forts qu'on se croit autorisé à admettre.

Les chiffres, même les plus forts, que certaines supputations nosographiques voudraient retenir à l'actif de la tuberculose, sont loin de correspondre aux impressions vécues que la majorité des médecins prennent de la morbidité et de la mortalité tuberculeuse dans l'ensemble du pays.

Pour intéressant que cela soit de comparer la mortalité tuberculeuse en France et à l'étranger, en Allemagne, en Angleterre ou en Italie par exemple, il est, à mon sens, quelque chose de plus urgent et de plus utilitaire, c'est de nous bien persuader que nous sommes dans l impossibilité matérielle d'établir numériquement le bilan de notre mortalité par tuberculose.

Je crois, du reste, que nos voisins, le jour où ils y regarderont de plus près, s'apercevront que telles de leurs statistiques, si elles pèchent en quelque chose, pèchent aussi par défaut.

La moralité que je voudrais tirer de l'aveu de notre ignorance absolue ne serait pas de faire état de cette ignorance pour incliner à penser que la tuberculose est inférieure aux chiffres qu'on s'est cru, chez nous, autorisé à formuler par approximation. Je craindrais, approximation pour approximation, en inclinant aux plus minces évaluations, d'affaiblir le mouvement d'opinion d'où sortent depuis peu tant de bonnes volontés, tant d'énergies militantes, tant d'œuvres de propagande, d'éducation, de préservation et d'assistance antituberculeuse.

Pour ma part, dans l'appréciation que je cherche à me faire des choses, c'est moins au fait que la statistique n'atteint pas les communes au-dessous de 5.000 âmes que je m'en prends pour proclamer illusoire tout calcul d'ensemble de mortalité tuberculeuse. C'est moins à cela que je m'en prends qu'aux bases mêmes, qu'aux éléments de notre statistique mortuaire.

L'inanité de la statistique, je m'empresse de le dire, est imputable, pour ma part, aux médecins qui, par condescendance, par insouciance, par paresse d'esprit, par négligence, n'apportent dans le libellé des déclarations de décès, ni le soin, ni la rigueur scientifique désirables, réserves faites, pour un très petit nombre des cas, où, dans la pratique, certaines formules dubitatives peuvent être de mise.

*
* *

On jugera de l'inanité des renseignements même approximatifs que peuvent donner nos statistiques sur la mortalité globale par tuberculose, en refaisant le travail que j'ai entrepris sur un petit coin de la statistique sanitaire publiée, pour 1904, par la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur.

Compulsant les chiffres, on apprend, par exemple, que la capitale, sur une population de 2.714.068 habitants, ayant eu 47.954 décès, en enregistre 10.405 au chapitre de la tuberculose des poumons (je laisse de côté les autres tuberculoses), contre 13.328 par « toutes autres causes » que les 25 (1) entre lesquelles la statistique officielle répartit les décès. On apprend que Paris, la

Statistique sanitaire, année 1904 (Ministère de l'Intérieur).

VILLE.	Population.	Décès totalisés.	Décès par tuberculose des poumons.	Décès par autres causes que les 25 énumérées.	Pourcentage par rapport à la mortalité générale.	Décès par maladies inconnues ou mal déterminées.
Paris	2.714.068	47.954	10.405	13.328	27.79 p. %	528
Marseille	491.161	11.070	1.067	2.828	25.54 —	378
Lyon	459.099	9.154	1.260	2.560(1)	28.07 —	56
Bordeaux	256.638	4.973	639	1.375	27.85 —	127
Lille	210.696	5.447	700	1.071	19.66 —	29
Toulouse	149.841	3.597	427	1.030	28.63 —	76
Saint-Etienne	146.559	2.922	400	814	27.85 —	87
Nantes	132.990	2.717	485	637	23.44 —	6
Le Havre	130.196	3.176	593	945	29.75 —	3
Roubaix	124.365	2.267	352	547	24 12 —	10
Reims	108.305	2.461	313	671	27.26 —	21
Roanne	34 911	723	74	342	47.30 —	20
Douai	33.649	566	98	143	25.25 —	6
Châlons	26.737	607	56	240	39.53 —	17
Dieppe	22.839	586	66	202	34.47 —	6
Villefranche	14.793	443	53	123	27.76 —	4

(1) Plus que par Tuberculose des poumons 1.260, et par Pneumonie 1.032, réunies = 2.291.

(1) Les 25 causes entre lesquelles se répartissent les décès sont : fièvre typhoïde ; typhus exanthématique ; fièvre intermittente et cachexie palustre ; variole ; rougeole ; scarlatine ; coqueluche ; diphtérie et croup ; grippe ; choléra asiatique ; choléra nostras ; autres maladies épidémiques ; tuberculose des poumons ; tuberculose des méninges ; autres tuberculoses ; cancer et autres tumeurs malignes : meningite simple ; congestion, hémorrhagie du cerveau ; maladies organiques du cœur ; bronchite aiguë ; bronchite chronique ; pneumonie ; autres affections de l'appareil respiratoire ; affections de l'estomac (cancer excepté) ; diarrhée et entérite (au-dessous de deux ans).

ville-lumière, enregistre 528 décès par « maladies inconnues ou mal définies » ! Ce qui revient à dire, que, à Paris, en 1904, d'après les billets parvenus aux Mairies, et de là, au Ministère de l'Intérieur, les déclarations des décès ont été faites de telle manière que 27,79 pour 100 des morts n'ont pas été suffisamment qualifiées pour ressortir à l'une des 25 rubriques sous lesquelles sont cataloguées les causes de décès.

Du fait de l'enregistrement de ces 13.328 Parisiens sous la rubrique nébuleuse « autres causes de décès », je tirerai seulement deux enseignements :

Le premier, qu'il y a peu d'état à faire de chiffres recensés de pareille manière ;

Le second, qu'on aurait mauvaise grâce à reprocher à ceux d'entre nous qui répètent chaque jour que si les statistiques sont, en matière de tuberculose, en désaccord avec les impressions du corps médical, cela tient à ce que des fuites se produisent, et cela de tous côtés, lors du dénombrement des causes des décès.

En conscience, à qui fera-t-on croire que, parmi ces 13.328 décès parisiens non étiquetés, ne se cachent pas plusieurs centaines de tuberculoses frustes, larvées ou viscérales ; de même que, par dizaines ou par unités, ne se perdent pas des tuberculoses parmi les affections de la plèvre sans épithète, parmi les congestions pulmonaires, les laryngites, les bronchites, les broncho-pneumonies et les pneumonies sans *épithète* ?

Mêmes informations, aussi approximatives que décevantes, quand la statistique vise dix des plus grandes villes de France.

Marseille, Lyon, Bordeaux, Lille, Toulouse, Saint-Etienne, Nantes, le Havre, Roubaix, Reims, donnant ensemble 47.486 décès, enregistrent *6.386 décès par tuberculose des poumons*, recensent 10.178 morts pour autres causes que les 25 officiellement catalogués ; c'est-à-dire que, dans une proportion allant en ses extrêmes de 29,75 pour 100 au Havre, à 19,66 p. 100 à Lille, une énorme proportion des causes de décès ne nous sont pas révélées.

Plus flagrante inanité encore apparaît si, de nos plus grandes villes, mes investigations s'étendent à des villes moyennes telles que Roanne, Douai, Châlons-sur-Marne, Dieppe, Villefranche.

Nous voyons la première de ces cinq villes, *Roanne*, sur une population de 34.911 habitants fournir 723 décès ainsi décomposés :

Tuberculose du poumon....	74
Autres causes (que les 25 retenues).	342
Maladies inconnues..............	20

Douai. — 33.649 habitants.

566 décès.
98 par tuberculose du poumon.
143 autres causes.
6 maladies inconnues.

Châlons. — 26.737 habitants.

607 morts.
56 tuberculoses pulmonaires.
240 autres causes.
17 maladies inconnues.

Dieppe. — 29.389 habitants.

586 morts.
66 tuberculoses pulmonaires.
202 autres causes.
6 maladies inconnues.

Villefranche. — 14.793 habitants.

443 morts.
53 tuberculoses pulmonaires.
123 autres causes.
4 maladies inconnues.

C'est-à-dire, en une vue d'ensemble, que, à Roanne, 47.30 pour 100 des causes de décès sont ignorés ; 39.53 pour 100 à Châlons ; 34.47 p. 100 à Dieppe, tandis qu'à Douai, c'est 25.25 pour 100 seulement des causes de décès qui nous échappent !

Mêmes insuffisances, mêmes inégalités d'informations, si je recense quelques communes des environs immédiats de Paris :

Neuilly-sur-Seine. — 37.493 habitants.

683 morts.
89 tuberculoses pulmonaires.
231 autres causes.
5 maladies inconnues.

soit, près du tiers des décès ne répondant à aucune des 25 rubriques du libellé officiel !

Nanterre. — 14.140 habitants.

1450 morts.
192 tuberculoses du poumon.
793 autres causes.
67 maladies inconnues.

C'est-à-dire que plus de la moitié des décès échappe à toute appréciation et que (ce qui est au moins singulier) 1 décès sur 21 est enregistré « maladie inconnue » !

Kremlin-Bicêtre. — 11.830 habitants.

632 décès.
58 tuberculoses pulmonaires.
260 autres causes.
14 maladies inconnues.

soit un tiers des décès imputables à d'autres causes que les 25 habituelles ; soit 1 individu sur 45 mourant de maladie inconnue !

Si, d'après ces chiffres, on songe que pour dix de nos grandes villes 21,43 pour 100 décès se rapportent à des causes innommées et que 1.374 citadins sont comptés comme morts de « cause inconnue ou mal définie », on jugera combien mal nous renseigne la statistique. De plus, si les déclarations médicales des décès sont libellés avec pareille désinvolture, si les recensements sont faits avec pareils à peu près dans nos plus grands centres, dans la capitale, comme dans dix villes de 100.000 âmes, ayant Faculté, Ecole de médecine, grands hôpitaux, Bureau d'hygiène, qu'adviendra-t-il quand le recensement mortuaire aura à compter avec les déclarations des communes rurales ! Des chiffres nouveaux, recueillis sur pareilles données, ne nous éclaireront pas plus sur le quantum de la tuberculose.

C'est même parce que nous connaissions l'inanité de la statistique analytique étendue aux communes de France de plus de 5.000 âmes, que récemment, à propos du désir que nous avions,


Ancienne Maison DOISY
ROZIER & CADÉ
45, Rue du Four, 45
PARIS
TÉLÉPHONE :
701-96
TAILLEURS
SUR MESURE
Fournisseurs
Recommandés par le
Concours médical.
Remise de 6 %
sur prix marqués en
chiffres connus à MM. les
Membres et à leur famille.

mon collègue à la Présidence de la IVe Section du dernier Congrès de la tuberculose, le sénateur Paul Strauss et moi, de prendre appréciation de la tuberculose dans les petites villes, bourgades et villages de France, nous avions décidé de nous en rapporter plutôt aux impressions de nos confrères que de chercher à dresser des statistiques.

C'est en ce sens que, sous forme de referendum, nous avons sollicité plus de 9.000 médecins de France, de Corse et d'Algérie. Du dépouillement et de l'analyse du millier de réponses qui nous sont parvenues, nous avons pu, mon confrère J. Weill-Mantou et moi, dans un rapport au Congrès de Paris (1), tirer des conclusions fermes indiquant que : sur plus de la moitié de notre territoire, la tuberculose est en progression (« incessante, effrayante, décourageante », écrivent tels de nos correspondants) ; que, sur un tiers, elle est en stagnation, c'est-à-dire ne rétrocédant pas, que, sur une faible partie du territoire, la tuberculose ne se montre pas, ou bien est en décroissance.

Ce sont ces impressions, vécues par nos confrères, qui nous ont permis de dénoncer, comme plus grand qu'on ne l'imaginait l'envahissement, par la tuberculose, des campagnes où, prenant pied en telles bourgades, en tels villages hier encore indemnes, la Maladie Sociale fait, toutes proportions gardées, plus de ravages qu'à la ville.

La tuberculose gagne « effroyablement » au village, parce que le village à son tour, est infecté. Si elle pénètre dans maintes bourgades, alors qu'autrefois l'insalubrité, l'entassement du logis, le défaut d'hygiène, l'absence de propreté, l'alimentation insuffisante y régnaient, c'est que le village, pour sale ou insalubre qu'il fût, n'était point contaminé. Si le village s'infecte, si l'on y compte aujourd'hui, souvent par dizaines, des maisons de tuberculeux (2), c'est que, dans ces maisons, sont revenus : les soldats réformés pour pleurésie ou pour bronchite chronique ; maints domestiques et usiniers anémiques ou poitrinaires ; les Limousins, les Auvergnats, les Bretons, les Champenois, épuisés par le surmenage des villes, contaminés dans les garnis, dans les ateliers, les magasins et dans les bureaux des villes tentaculaires.

Si le village aujourd'hui s'infecte comme la ville : c'est que l'industrialisation gagne les campagnes, c'est que l'alcoolisme étend chaque jour ses ravages ; c'est qu'au hameau, encore plus qu'à la ville, toute maison infectée restera infectée, la désinfection étant chose totalement inconnue !

C'est sur pareilles impressions, mûrement vécues au cours de leur longue pratique par nos confrères des petites villes et des campagnes, que nous nous basons : c'est sur le dire de la majorité des praticiens des grandes et des moyennes villes, comme sur les affirmations de la presque totalité des médecins de tous âges, de toutes situations, de tous milieux, que nous faisons fonds pour penser la morbidité tuberculeuse effrayante, c'est, du reste, ce dont témoignent les recensements faits dans les dispensaires et dans les hôpitaux ; pour ce qui est de la clientèle hospitalière parisienne, personne n'ignore plus qu'elle est faite pour les trois cinquièmes de tuberculeux.

C'est cette progressive, « effrayante », morbidité tuberculeuse dénoncée presque partout, en des proportions variant à l'infini, qui, depuis longtemps, me fait répéter que si les statistiques de mortalité ne marchent pas mieux en parallèle avec les statistiques de morbidité, c'est que, à la base même de ces statistiques, il y a des fuites, fuites aperçues de toutes parts dans la manière dont sont réunis dans les éléments de la statistique mortuaire.

Pour incomber en quelque chose au corps médical, la responsabilité de l'inanité de la statistique ne lui appartient pas exclusivement. Une bonne part en revient aux *Observations générales relatives à l'établissement des bulletins mensuels* comme au *Dictionnaire des principales causes de décès* que les Ministères demandent aux Mairies avec *indication du numéro de la rubrique sous laquelle il convient de classer les décès.*

Ces *Observations*, comme ce *Dictionnaire*, ont besoin d'être revus, beaucoup de leurs indications allant à contresens.

C'est ainsi, pour citer quelques exemples seulement, qu'il est recommandé de comprendre dans le recensement des « autres maladies de l'appareil respiratoire », « la broncho-pneumonie, la congestion pulmonaire, la pleurésie ». De même la péritonite, sans épithète, est classée avec

---

(1) Les Cahiers généraux de la tuberculose. — Rapport sur « l'état de la tuberculose dans les petites villes, bourgades et villages de France » par les Dr L. Landouzy et J. Weill-Mantou.

(2) Il me paraît à propos de publier, tels qu'ils nous sont venus, certains des renseignements fournis par nos confrères des campagnes :

« Dans mon milieu, la tuberculose, rare ou intermittente autrefois, s'est enracinée et fournit le quart de la morbidité et de la mortalité générale.— Dans une commune de 1 250 âmes, une rue, comprenant 134 habitants, compte 17 tuberculeux.— Dans un bourg les jeunes filles qui fréquentent un atelier de couture deviennent tuberculeuses dans la proportion de 20 pour 100.— Dans un petit hameau de six maisons, cinq ont, en cinq ans, payé chacune leur tribut à la tuberculose. »

« Au point de vue tuberculeux, dit un praticien, dans mon rayon d'action, l'usine c'est la plaie. »

« — J'appelle ces usines, écrit un autre confrère, de véritables foyers pestilentiels ; les anémiés s'y tuberculisent, rentrent chez eux et contaminent leur entourage. Je connais pour ma part plusieurs familles où trois ou quatre sujets se sont ainsi égrenés les uns après les autres. »

« — Dans chaque village, reprend un troisième confrère, il y a des maisons de tuberculeux comme il y a des familles de tuberculeux. »

« Depuis six ans, je vois mourir de phtisie tous les ménages qui se succèdent dans les divers logements d'une de nos maisons ouvrières. Dans une autre maison j'avais soigné jadis un tuberculeux. Après son décès, son logement fut habité par une famille composée de huit personnes toutes en bonne santé. En seize mois, six mouraient phtisiques ; les deux survivantes sont tuberculeuses au 2e degré. »

« Le logement et l'atelier sont infectés, surtout l'atelier de la petite industrie, et le nombre des foyers tuberculeux va s'accroissant, parce que tout ce qui s'infecte reste infecté, faute de désinfection. »

« Lorsqu'un cas de tuberculose s'est manifesté dans une famille, il s'en développe en général plusieurs autres ; si la famille est pauvre et ne possède qu'une seule pièce, souvent mal aérée, mal éclairée, le malade crache partout et la désinfection n'est jamais pratiquée : si la famille est aisée, les mesures prophylactiques restent toujours encore imparfaites. »

« Il est des maisons, ajoute un autre confrère, où j'ai vu mourir des générations sans jamais obtenir de désinfection. »

la hernie et l'occlusion intestinale ; de même, ce qui est plus extraordinaire, l'hémoptysie sans épithète (c'est-à-dire celui des symptômes qui, entre tous, témoigne le mieux d'une tuberculose) est rangée dans la colonne des « autres maladies de l'appareil respiratoire », de même tout décès déclaré par les médecins sous le diagnostic « ascite, adynamie, cachexie débilité de l'adulte, hecticité, fièvre synoque, fièvre hectique, fièvre algique », est étrangement recensé par les mairies sous la rubrique « maladies inconnues ou mal définies ».

Depuis que j'ai fait dans le *Dictionnaire* des libellés des causes de décès, cette petite découverte concernant l'ascite et les sept autres déclarations de décès que je viens de citer, je commence à moins m'étonner que des recensements faits à Paris, à Lyon, à Nantes, à Reims, aient pu classer plus d'un millier de décès sous la rubrique « maladies inconnues ou mal définies ».

***

Ce que je viens de dire, en quelques lignes, de l'inanité de la statistique mortuaire montre l'urgence d'en remanier complètement les éléments. Revision doit être faite des rubriques sous lesquelles sont recensées les causes des décès de même que doivent être refondues les *Observations générales relatives à l'établissement des bulletins* ; de même que doit être complètement revu le *Dictionnaire* qui sert dans les Mairies à classifier les bulletins de déclaration.

Cela fait, il y aurait lieu de rappeler aux médecins l'intérêt scientifique et social qui s'attache à une bonne déclaration des causes de décès. Cette déclaration devrait être faite avec plus d'unité de vues, les médecins, alors qu'ils rédigent leurs bulletins, devant s'ingénier à penser plutôt étiologiquement que symptomatologiquement. Le vrai but, la moralité sociale de la déclaration de mort ne sont-ils pas de servir l'intérêt de l'Hygiène plutôt que l'intérêt de la Nosographie ? En pratique, DÉCLARER les décès tuberculeux, c'est faire moins œuvre de phtisiologiste qu'acte d'hygiéniste. Les bulletins de décès ne sauraient être libellés avec trop de soin, ni enregistrés avec trop d'exactitude puisque, en matière tuberculeuse, de la sincérité des déclarations devrait obligatoirement dépendre la désinfection. C'est en ce sens qu'on peut dire, que tant vaudra — sous la surveillance des maires, devenus, par la loi de 1902 officiers de police sanitaire de leurs communes — l'exacte déclaration des causes de décès, tant vaudra la désinfection. Voilà comme les questions de statistique mortuaire sont intimement liées aux intérêts de la défense antituberculeuse Voilà comme, déclaration de tuberculose et obligation de désinfection ne devant faire qu'une seule et même chose, il est important qu'une bonne statistique touche toutes les communes de France, les plus grandes comme les plus petites, la désinfection devant, dans celles-ci, rendre peut-être plus de services encore que dans celles-là.

(*Presse médicale* du 3 février 1906.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le pansement à quinze sous !!

Après l'hospitalisation des victimes du travail au prix doux de trois francs cinquante, voici que « l'Assistance publique » lance le pansement à quinze sous dans les hôpitaux parisiens ; article sacrifié pour la réclame.

Citons d'abord nos auteurs avant de deviser sur cette innovation géniale.

M. Mesureur vient de prendre une décision que la population parisienne accueillera sans doute avec plaisir et qui montre une fois de plus son bon cœur. Bien des gens, lorsqu'il leur arrive d'être blessés ou qu'ils ont besoin de secours sur la voie publique ou ailleurs, ont pris l'habitude d'entrer purement et simplement à l'hôpital le plus proche et d'y réclamer les soins de l'interne de garde. Les soins donnés ou le pansement fait, ils tirent un coup de chapeau à l'aimable jeune homme et rentrent chez eux tout réconfortés. M. Mesureur, devant la multiplication de ces interventions, admissibles exceptionnellement et en cas d'urgence absolue, mais qui se généralisent un peu trop, a pensé qu'il y avait abus et il a voulu y remédier.

Vous pensez peut-être qu'il a prié le concierge de l'hôpital de fournir aux demandeurs la liste des médecins du quartier afin qu'ils y fissent choix de celui qu'ils iront consulter ? Point du tout. Il vient, par un arrêté récent, de rendre la chose parfaitement régulière et de reconnaître le droit de tous aux soins de l'hôpital et de son personnel. Mais comme il ne veut pas que les finances de son Administration en souffrent, ce en quoi il a raison, il a décidé que désormais le prix du pansement et de la consultation seront fixés uniformément à 75 *centimes*, qui seront réclamés au *client*, — il faut bien l'appeler par son nom, — non sur l'heure, car on est délicat à l'Assistance, mais à son domicile, quelque temps après. Le règlement ajoute, et ceci est une perle : « Si la personne refuse de payer, *on n'insistera pas*. » Retirez du compte les indigents, ajoutez-y les bonnes gens qui s'amuseront à donner une fausse adresse, et vous jugerez des sommes qui rentreront dans la caisse de l'Assistance publique.

Je doute que cette grande réforme soit du goût des syndicats professionnels non seulement médicaux, mais encore pharmaceutiques. Ainsi, désormais, l'Assistance publique ne se contentera plus de soigner dans les hôpitaux et à ses consultations une foule de gens qui pourraient parfaitement payer leur médecin, les uns gratuitement, grâce à l'insignifiance des enquêtes faites à domicile ou plutôt chez les concierges, dont la bouche se délie dans la mesure du pourboire préventif octroyé par l'intéressé, — les autres à un tarif dérisoire de 3 à 5 francs, qui représente le tiers des frais réels. Elle tient maintenant boutique ouverte de consultations et de pansements à tout venant pour quinze sous pièce. Au prix où sont les matériaux antiseptiques, elle fera encore là, le plus souvent, de jolis cadeaux au public, sans parler du temps et de la science des internes qu'elle détourne de leur légitime emploi. Quant aux médecins lésés par cette concurrence déloyale, elle n'en a cure.

Je voudrais bien voir ce que dirait la corporation des boulangers, par exemple, ou celle des épiciers, ou de tous autres honorables commerçants en denrées alimentaires, si, un beau jour, l'Etat décidait que tous les passants désireux de se sustenter à peu de frais auront le droit d'entrer dans ses magasins et d'y réclamer un pain de quatre livres ou une boîte de conserves, moyennant une somme de cinq centimes, qu'ils ne verseront d'ailleurs que si bon leur semble. J'imagine qu'on assisterait à de jolies interpellations à la Chambre.

M. Mesureur serait-il disposé à appliquer cette mesure aux cuisines des hôpitaux à titre de simple essai?

Alors que notre profession, chaque jour de plus en plus difficile, se voit grevée de charges de plus en plus considérables, sous forme de patentes qui vont croissant, de réquisitions de toutes sortes pour l'amélioration des services d'hygiène publique, il faut espérer que le corps médical ne laissera pas passer sans protestation ce nouvel empiètement sur son domaine déjà si rétréci. L'Assistance publique ne doit donner que des soins gratuits et pour cette raison les réserver aux seuls indigents. Dès qu'elle reçoit une indemnité, un paiement, sous quelque forme que ce soit, — fût-ce *à perte* pour elle, — elle fait acte de commerçant et se place vis-à-vis des médecins, pharmaciens, directeurs de maisons de santé, etc., tous *patentés*, sur le pied de concurrence déloyale. Les internes des hôpitaux seront les premiers en droit de répondre à M. Mesureur que telle n'est pas leur destination. Les syndicats de pharmaciens se mettront sans doute de la partie et c'est là peut-être le meilleur de notre affaire, car la jurisprudence admet plus volontiers le dommage causé au commerçant qui vend quelque chose, qu'à l'intellectuel qui fournit son temps, sa peine et son savoir. Que ce soit par voie de pétitionnement, d'interpellation au Conseil Municipal, ou de protestation corporative de nos syndicats, il n'est pas possible que nous acceptions cette diminution de nous-mêmes en gens indéfiniment tondables et corvéables à merci.

Si l'on tient tant à prendre les intérêts du public, on devrait bien ne pas oublier que, ce public, nous en sommes. Dr R. Blondel.

(*Journal des Praticiens*, février 1906.)

La curieuse information qui fait l'objet de l'article ci-dessus nous a rappelé que nous avions déjà vu quelque part ce chiffre de quinze sous accolé à des interventions chirurgicales.

Cela peut être, nous disions-nous, un des honoraires stupéfiants qui figurent au tarif médico-ministériel des accidents du travail. Il y a là dedans une si belle collection de perles que celle-ci doit en faire partie.

Mais non, vaines recherches. Nous allions donc refermer l'*Officiel* quand, tout d'un coup, nos yeux tombent sur un passage du tarif pharmaceutico-ministériel né après même et pénible accouchement gémellaire.

Et là, nous lisons avec quelque ahurissement les mots suivants :

13° *Petits pansements d'urgence.* — Pour les petits pansements faits d'urgence par les pharmaciens dans le cas de traumatisme peu important, il leur est alloué, fournitures comprises, 75 centimes à titre d'indemnité.

Est-ce que cela ne vous dit rien, chers lecteurs, ce rapprochement de deux innovations si imprévues? Pharmaciens et infirmiers officiellement invités à faire de l'exercice illégal *pourvu que cela soit à prix réduit.*

M'est avis qu'il y a là dessous l'inspiration de commerçants avant tout âpres au gain et à la rapine. Ni M. Mesureur ni le Ministre du Commerce n'ont pu trouver cela tout seuls. Les syndicats médicaux et pharmaceutiques, surtout ceux de la Seine, ne seront sans doute pas disposés à avaler des couleuvres de cette taille, et nous sommes autorisés à leur dire que s'ils veulent demander l'avis de tous les pouvoirs judiciaires sur la valeur de ces ukases suspects, le « Sou médical (vous savez bien, cet enragé « Sou médical» qui ne cherche que plaies et bosses) marchera sans se faire prier.

Car elle est vraiment trop forte, celle-là : *L'assistance, Bazar à quinze sous! Directeur général : M. Mesureur ancien ministre !! Comptoir nouveau d'exercice illégal de la chirurgie à des prix qui défient toute concurrence. Vendeurs tous contrôlés par des diplômés du Bureau central. Sécurité, célérité, antisepsie et asepsie. Fournisseurs attitrés des collectivités philanthropiques et économes etc., etc.*

Voilà une affiche à poser avenue Victoria ; on peut être certain qu'il se trouvera bien quelqu'un pour y inscrire, de plus, en grandes lettres : *Pour cause de liquidation générale prochaine.*

Responsabilité médicale.

Nous avions jadis protesté bien haut (Voir *Concours médical*, n° 39, 1905) contre les conséquences de la doctrine du Président Magnaud sur la responsabilité médicale en cas d'accident de la chloroformisation. Le célèbre juge, comme ceux qui jadis avaient condamné le Dr Laporte, condamnait très carrément, sans en avoir l'air, les blessés et les médecins au régime de la non-intervention chirurgicale.

Le bon sens a repris ses droits devant le tribunal d'appel.

Cour d'Amiens, 1re chambre, arrêt du 14 février 1906. (Consorts P. et docteur B.)

Considérant que, sur une demande en 50.000 francs de dommages-intérêts formée par les consorts P. contre le docteur B. à la suite du décès de P., survenu au cours d'une anesthésie par le chloroforme, le tribunal de Château-Thierry a commis le docteur Saint-Cène, médecin à Paris, comme expert, à l'effet de rechercher si le docteur B. avait commis une imprudence ou une légèreté pouvant engager sa responsabilité ; considérant qu'il résulte du rapport de cet expert que B. a pris les précautions suffisantes pour l'administration du chloroforme et que le décès de P.,au début de l'absorption de cet anesthésique, ne saurait engager sa responsabilité ; considérant que les premiers juges ont déclaré entériner ce rapport, et ont ainsi reconnu qu'aucune faute n'était imputable à B., en ce qui concerne la façon dont il avait procédé à la chloroformisation ; considérant qu'ils ont cru néanmoins pouvoir le déclarer responsable de la mort de P. et l'ont condamné à payer aux consorts P. une somme de 8.000 francs à titre de dommages-intérêts ; qu'ils ont basé leur décision sur l'imprudence qu'aurait commise B. en ayant recours à l'emploi du chloroforme : 1° alors que P. était teinté d'alcoolisme et sujet à des syncopes qui rendaient la chloroformisation particulièrement dangereuse ; 2° alors qu'il était atteint d'une infirmité qui ne mettait pas sa vie en danger ; qu'ils ont ajouté que tout au moins B. aurait dû, ce qu'il n'a pas fait, prévenir P. des dangers médiats ou immédiats auxquels l'exposait l'anesthésie ; considérant qu'il y a lieu pour la cour d'examiner successivement la valeur des trois arguments invoqués par les premiers juges :

1° Alcoolisme et syncopes,

Considérant que P. avait, il est vrai, certaines habitudes d'intempérance, mais que tous les médecins sont unanimes pour affirmer que l'alcoolisme n'est pas une contre indication de l'emploi du chloroforme ; considérant qu'il est constant que dans les hôpitaux de Paris on chloroformise fréquemment des ouvriers blessés, alors qu'ils sont en état d'ivresse, afin de pouvoir procéder sans retard à l'opération nécessaire ; considérant que les deux syncopes plus ou moins complètes que P. avait éprouvées sous l'influence de la douleur provoquee par les mouvements du bras ne prouvaient nullement qu'il

fût prédisposé à une syncope lorsque l'abolition de la douleur aurait été obtenue par l'anesthésie.

2° L'infirmité de P. ne mettait pas sa vie en danger et on n'aurait pas dû l'anesthésier.

Considérant qu'il n'est pas sérieux de prétendre que l'on ne devrait recourir à l'emploi des anesthésiques que quand la vie du patient est en péril ; qu'une telle limitation priverait les blessés et les malades atteints d'affections graves, nécessitant l'intervention du chirurgien, du soulagement que leur procure l'anesthésie ; considérant que le chloroforme diminue, plutôt qu'il ne les augmente, les dangers résultant des opérations ; que les souffrances souvent intolérables que les opérations occasionnent amèneraient certainement des syncopes mortelles plus fréquentes que l'anesthésie.

3° Défaut d'avertissement de P.

Considérant que les chances de mort que fait courir la chloroformisation sont des plus restreintes (1/2 p. 1000) ; considérant que le danger d'une mort subite paraît résider surtout dans l'impressionnabilité personnelle du patient ; que cette impressionnabilité et son véritable danger lui-même seraient augmentés, si on le prévenait de tous les dangers médiats ou immédiats auxquels peut l'exposer, hypothétiquement d'ailleurs, l'emploi de l'anesthésie ; considérant que le devoir du médecin est, au contraire, de rassurer le malade, de lui inspirer confiance et de chercher à bannir de son esprit des appréhensions qui ne pourraient que lui être funestes ;

Considérant au surplus que si B. n'a pas formellement averti P. des dangers que présentait la chloroformisation, celui-ci ne les ignorait pas puisqu'il a dit au sieur Delorme, qui prêtait son concours à B. « Tu viens assister à mon enterrement » ; considérant que ce propos ne prouve certainement pas que P. redoutait la mort, car dans ce cas il n'eût pas consenti à se laisser anesthésier, mais qu'il en ressort tout au moins qu'il savait, comme tout le monde d'ailleurs, que l'emploi du chloroforme n'était pas exempt de péril ; considérant, en résumé, qu'à aucun point de vue, B. ne saurait être rendu responsable de la mort du malheureux P.

Par ces motifs :

Dit qu'il a été mal jugé, bien appelé, infirme le jugement du tribunal de Château-Thierry et faisant ce que les premiers juges auraient dû faire, rejette la demande des consorts P. et les condamne aux dépens de première instance et d'appel.

Comment les ouvriers défendent leurs droits..... et les nôtres.

Nous sommes heureux de donner ici pour nos lecteurs deux articles d'un journal : *Le Travailleur*, de Lille.

L'un de ces articles a trait à une question de demi-salaire pour les apprentis. Cette question ne paraît pas à première vue intéresser directement les médecins ; cependant il est certain que plus les médecins qui veulent donner leurs soins aux blessés seront capables de donner des conseils éclairés à leurs clients, plus ils verront venir de blessés à leur cabinet.

Le second article intéresse directement les médecins des Compagnies, il leur évitera des affronts, chose toujours désagréable, même lorsqu'on se dévoue pour les intérêts des pauvres Compagnies.

Ce qui nous fait surtout plaisir, c'est que nous constatons que notre campagne porte partout ses fruits, c'est que grâce à elle les médecins, en province comme à Paris, se sont unis aux ouvriers pour créer des secrétariats ouvriers. Celui de Lille, notamment, a été organisé par l'un des plus fidèles abonnés du *Concours*, le Dr Verhaeghe. C'est le secrétariat qu'il a puissamment aidé à fonder à Lille qui vient de remporter ces deux beaux succès en faveur des droits des blessés et des médecins des blessés.

Voici ces deux articles :

Le droit ouvrier

Accident du travail

Le Demi-salaire de l'Apprenti

Dans sa réunion de janvier 1906, le *Secrétariat ouvrier d'Hygiène de Lille* avait décidé de faire trancher, à la première occasion, par les Tribunaux, le point de savoir ce que devait recevoir, comme indemnité journalière, l'apprenti blessé du travail.

L'article 8 de la loi déclare en effet :

Art. 8. — Le salaire qui servira de base à la fixation de l'indemnité allouée à l'ouvrier âgé de moins de 16 ans ou à l'apprenti victime d'un accident ne sera pas inférieur au salaire le plus bas des ouvriers valides de la même catégorie occupés dans l'entreprise.

Toutefois, dans le cas d'incapacité temporaire, l'indemnité de l'ouvrier âgé de moins de 16 ans ne pourra pas dépasser le montant de son salaire.

Or, si les compagnies d'assurance acceptaient assez facilement de payer au jeune ouvrier et à l'apprenti une indemnité journalière basée sur le salaire quotidien de l'ouvrier le moins payé de la catégorie de ce jeune ouvrier ou de cet apprenti, jusqu'à concurrence de son propre salaire quotidien, elles ne voulaient tenir aucun compte de la différence qui existe en réalité dans la loi entre l'ouvrier âgé de moins de 16 ans et l'apprenti.

L'ouvrier âgé de moins de 16 ans qui, par suite d'accident, est obligé d'interrompre son travail pendant trois mois, perd simplement trois mois de son salaire. Mais l'apprenti qui doit arrêter trois mois ne perd pas trois mois d'apprenti, il perd trois mois d'ouvrier fait, puisque cela retarde de trois mois la fin de sa période d'apprentisage, et, par conséquent il était logique que son indemnité journalière soit égale à la moitié du salaire de l'ouvrier fait, quel que soit son salaire à lui, ce salaire fût-il même nul.

Le Comité consultatif des assurances s'était d'ailleurs rangé à cet avis, et tout récemment un jugement du Tribunal de paix de Roanne avait accepté cette manière de voir.

L'occasion attendue par le *Secrétariat ouvrier d'Hygiène de Lille* ne tarda pas à se présenter. Celui-ci chargea un de ses avocats, M. Balavoine, de soutenir sa thèse devant le Tribunal de paix de Lille.

La Compagnie d'assurance, ne pouvant contester un texte de loi, voulut ergoter sur la qualité d'apprenti. Son avocat prétendit qu'on ne doit entendre par « apprenti » que l'ouvrier qui ne reçoit *aucune* rémunération et qui est soumis au contrat visé par la loi de 1851, lequel impose au patron des obligations d'une nature toute spéciale, par exemple : veiller à la moralité de l'apprenti.

L'avocat du *Secrétariat ouvrier d'Hygiène* fit valoir que le mot « apprenti » doit s'entendre de la façon la plus large conformément au vœu du législateur qui a entendu par là, non seulement l'ouvrier lié vis-à-vis du patron par un contrat spécial d'apprentissage, lequel tend d'ailleurs de plus en plus à disparaitre par suite du développement du machinisme, mais l'ouvrier en voie de formation, qui n'est pas encore en pleine possession de son métier et ne reçoit pas encore le salaire auquel il pourra incessamment prétendre.

Le Juge de paix a accepté la thèse défendue par le *Secrétariat ouvrier d'Hygiène* (*Tribunal de Paix de Lille*, 28 *février* 1906.)

Ainsi donc, l'*apprenti blessé du travail a droit à une indemnité journalière égale à la moitié du salaire de l'ouvrier valide le moins payé de sa catégorie professionnelle sans aucune restriction*.

Avis aux intéressés.

MAX,
du Secrétariat ouvrier d'Hygiène de Lille.

Accidents du Travail — La Visite du médecin patronal

Lorsque l'ouvrier, blessé au travail, usant du droit que lui confère la loi, choisit lui-même son médecin, le patron ou la Compagnie d'assurances, de par la loi, a le droit de faire surveiller cet ouvrier par sa police spéciale représentée dans la circonstance par un médecin.

Le médecin du patron ne se gêne pas, d'ordinaire ; il viole le domicile du blessé, l'oblige à subir ses attouchements, le soumet parfois à une véritable inquisition.

Jusqu'à ce jour, l'ouvrier, ignorant ses droits, se taisait, plein de crainte et de respect, devant l'agent du patron. Grâce à l'action menée par le Secrétariat Ouvrier d'Hygiène de Lille, *cela commence à changer.*

Les blessés savent maintenant que, pour avoir accès auprès d'eux, le médecin patronal doit remplir certaines formalités.

Quand le médecin patronal se présente, le blessé conscient lui demande s'il est en règle. Et ce médecin doit exhiber ses papiers, c'est-à-dire ; 1° une autorisation du juge de paix ; *2° si le médecin du blessé n'est pas présent, la copie de la lettre l'avertissant de cette visite du médecin patronal, et le* talon de la poste justifiant l'envoi de cette lettre sous pli recommandé. *S'il ne peut présenter ces pièces, le médecin patronal est prié de repasser.*

Cette mésaventure arriva dernièrement à un des médecins d'une grande Compagnie d'assurances de Lille.

Un de nos camarades, blessé du travail, s'était adressé pour se faire soigner à l'un des médecins du Secrétariat Ouvrier d'Hygiène. *Or, tout blessé, s'adressant au service médical du* Secrétariat Ouvrier, *est prévenu que, quoiqu'il arrive, il ne doit jamais accepter la visite d'un autre médecin, si ce n'est en présence de son propre médecin. Celui-ci a le devoir de ne jamais laisser son blessé seul en présence du médecin patronal.*

Lorsque donc, un lundi après-midi, le médecin de l'assurance se présenta au domicile du blessé, la femme de notre camarade lui ferma poliment la porte au nez.

Le médecin la trouva probablement mauvaise. Il fit un rapport à sa Compagnie, et celle-ci fit appeler le blessé devant le Juge de Paix pour « entendre statuer sur la suppression de son indemnité journalière » (ceci est la sanction que la loi met au refus, par le blessé, de recevoir le médecin patronal).

Le Secrétariat Ouvrier d'Hygiène *chargea de l'affaire un de ses avocats. Celui-ci, après enquête, se présenta devant le Juge de Paix et lui fit remarquer que le médecin patronal n'était pas en règle. Ce médecin avait bien l'autorisation du Juge de Paix ; mais, pour avoir accès auprès du blessé, il devait, en l'absence du médecin traitant, présenter à l'ouvrier, le reçu de la poste justifiant de la convocation du médecin traitant par lettre recommandée. Or, le médecin patronal n'était pas en mesure de présenter ce reçu, le médecin traitant n'ayant pas été convoqué par lettre recommandée. L'ouvrier était donc dans son droit en refusant de le recevoir.*

Le Juge de Paix donna raison à l'ouvrier, et, pour conclure, mit la Compagnie d'assurances en demeure de continuer à payer ses demi-salaires au blessé et la condamna aux dépens.

Camarades ouvriers, apprenez à connaître vos droits si vous voulez qu'on les respecte.

MAX.

du Secrétariat Ouvrier d'Hygiène de Lille.

Nota. — Pour les conditions à remplir en vue d'obtenir l'*assistance du Conseil judiciaire et médical du Secrétariat Ouvrier d'Hygiène*, s'adresser :

1° Soit à la Coopérative l'*Union de Lille*, 147, rue d'Arras, tous les matins à 10 heures (sauf les jours de fête) et tous les mardis soirs à 8 heures ;

2° Soit à la Bourse du travail, 31, rue Léon-Gambetta (bureau du textile) tous les mercredis soir à 8 heures et tous les dimanches de 10 heures à 11 heures du matin.

Le *Secrétariat ouvrier d'Hygiène* informe en outre les blessés qui ne savent à quel médecin se confier, qu'il existe au siège de la Société coopérative l'*Union de Lille*, 147, rue d'Arras, un *Service médical* organisé spécialement pour les blessés du travail. Les consultations sont *gratuites* et ont lieu tous les matins à 10 heures. Des médecins spécialistes (affections des yeux, chirurgie, rayons X, électricité, etc.), prêtent leur concours à ce service.

Les *Consultations gratuites* ont lieu tous les mardis matin à 10 heures, au siège de l'*Union de Lille.*

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

A M. le Dr Toussaint (d'Argenteuil).

Mon cher confrère,

En tête de votre dernier numéro de la *Revue mensuelle des services de l'inspection de l'enfance*, vous m'adressez la lettre suivante :

A M. le Docteur Jeanne, directeur du Concours Médical.

Très honoré confrère,

Vous m'avez fait l'honneur de signaler dans votre journal, le 16 septembre dernier, mon appel aux médecins mutualistes et l'effort que je tentais pour grouper les confrères qui ne sont pas, de parti pris, ennemis des Sociétés de secours mutuels. Vous disiez alors :

« Notre désir est le même que celui du confrère Toussaint : amener les partisans de vues qui ne sont pas les nôtres à se compter, à se grouper, à préciser enfin, d'une façon complète, le régime qu'ils se proposent d'opposer à celui que préconisent toutes nos grandes Sociétés de défense professionnelle et que le docteur Gairal a soumis récemment au Conseil supérieur de la Mutualité.

« S'il est beaucoup de médecins qui marchent derrière M. le docteur Toussaint, nous allons connaître et leurs noms et leur programme : et la discussion s'en trouvera éclairée. Ce sera fort heureux attendu que ni les mutualistes, ni les médecins qui s'intitulent mutualistes comme par spécialisation, n'ont jamais publié de contre-projet à mettre en regard du nôtre, pour une étude à faire sans idée préconçue. »

C'était une invitation à exposer mes vues personnelles !

Mais, il me parut qu'en raison du rang modeste que j'occupais dans le camp des mutualistes, *ce n'était pas à moi à prendre la parole* en l'occurence et j'ai gardé le silence, attendant patiemment des adhésions.

Elles me sont venues, ces adhésions, pas très nombreuses encore, je dois l'avouer, mais toutes rehaussées de félicitations, d'encouragements et de commentaires qui prouvent que les médecins désintéressés et vraiment philanthropes n'ont pas, Dieu merci ! complètement disparu de la surface du sol français.



Aujourd'hui, l'un de ces hommes qui, en outre qu'il est un *praticien distingué et honoré*, est aussi, un *mutualiste très en vue*, donne son avis sur le conflit médico-mutualiste. Nous empruntons à l'*Avenir de la Mutualité* le texte de son article, non pour le mettre sous vos yeux, mon cher Jeanne, car vous l'aurez lu déjà, j'en suis sûr, quand vous recevrez cette Revue, mais pour que tous les médecins de Seine-et-Oise, et en particulier les membres du Syndicat de l'arrondissement de Versailles, puissent en prendre connaissance :

« Les Médecins et la Mutualité. »

Tandis que notre ami et collègue, M. Pierre Lacroix, dans des articles très documentés et très intéressants, s'évertue à concilier les médecins et les mutualistes, le Conseil général de l'Association des médecins de France vient, par une note succincte portée à la connaissance de tous les médecins, de faire entendre un son de cloche tout autre.

Il ne s'agit plus de concilier : la note en question a pour but de séparer complètement les médecins et les mutualistes.

Faisant partie moi-même de la très honorable et très intéressante Association générale des médecins de France, je professe pour le Conseil général tout le respect et toute la confiance possibles.

Mais, si je suis médecin, et tout disposé à reconnaître et à défendre mes droits personnels, je suis en même temps non seulement président de Société de secours mutuels, mais encore délégué de tout un collège au Conseil supérieur de la mutualité, et comme tel je dois envisager à la fois les intérêts personnels du médecin et les intérêts des Sociétés.

Je ne puis pas les séparer dans mon esprit, car, pour moi, ils sont absolument inséparables, et s'ils paraissent distincts et différents, il n'y a rien entre eux qui puisse les empêcher de s'accorder, tant s'en faut.

Voici la note telle qu'elle figure au BULLETIN n° 20 (15 janvier 1905).

Communication du Conseil général. Avis très important.

« Le Conseil général appelle tout spécialement l'attention des Sociétés unies sur l'étude des rapports à établir entre les médecins et les mutualistes. Il croit devoir rappeler, à ce propos, que le LIBRE CHOIX DU MÉDECIN PAR LE MALADE est considéré par le Conseil général de l'Association et par l'Union des Syndicats médicaux, comme une règle absolue et intangible. Il croit ce principe incompatible avec les règles établies par la plupart des Sociétés de secours mutuels. Il engage vivement les Sociétés unies à examiner s'il ne serait pas nécessaire d'imposer aux Sociétés de secours mutuels l'obligation d'accorder à leurs membres une indemnité fixe par journée de maladie, en laissant aux malades le droit de disposer à leur gré de cette indemnité et aux médecins le droit de fixer leurs honoraires conformément aux usages locaux à la fortune des malades. La solution de cette question est des plus urgentes. »

*
* *

Il y a dans cette circulaire deux parties : 1° choix du médecin laissé à la liberté du sociétaire. Je suis partisan absolu de la pluralité des médecins pour chaque Société de secours mutuels, toutes les fois que cela est possible ; cependant il n'est pas possible d'oublier que la Société qui paie a le droit de choisir ses médecins et de prendre parmi ceux qui peuvent être à sa disposition ceux qui lui paraissent fournir les éléments les plus indispensables de garantie.

On ne voit pas bien en quoi on peut molester la liberté d'un sociétaire, en lui laissant le choix entre cinq, six, dix médecins si vous le voulez ! D'autre part, il faut bien reconnaître qu'il y a des médecins fort peu consciencieux, qui ne se gênent pas soit pour accumuler les visites sans utilité pour les sociétaires, soit accabler les malheureux sociétaires de drogues de tous genres dont le besoin ne se fait nulment sentir, et tout cela au détriment de la caisse peu prospère de la Société.

Donc, autant que possible, suppression d'un monopole ; plusieurs médecins, et un aussi grand nombre que le siège social le permet pour chaque Société.

2° Point : nécessité d'IMPOSER aux Sociétés de secours mutuels, etc...

Evidemment, le Conseil général n'a pas réfléchi qu'il ne pouvait pas, ni aucune Société, ni aucun Syndicat, IMPOSER quoi que ce soit aux Sociétés de secours mutuels.

Elles sont, à ce point de vue, absolument libres et elles prétendent le rester.

D'ailleurs, cette deuxième partie de la circulaire contient la séparation même de la mutualité d'avec la médecine. Si les Sociétés augmentent l'indemnité journalière et suppriment le service médical, les médecins n'ont rien à y voir et les sociétaires restent libres de faire de leur indemnité ce que bon leur semble, même ne pas payer leur médecin.

De même ce dernier peut fixer ses honoraires comme il l'entendra : le sociétaire n'existe plus pour lui en tant que sociétaire, et il n'a qu'à le traiter comme un client ordinaire. La situation est bien nette.

Donc, l'Association générale des médecins pose la question de la séparation « des mutualistes et de leurs médecins ».

*
* *

C'est bien le contraire de la thèse si éloquemment défendue par Pierre Lacroix et le contraire également de la campagne entreprise par notre si vaillant collègue, le docteur Toussaint, qui, dans ce but, vient de constituer le Syndicat des médecins indépendants. Autant je trouve cet accord désirable, autant la séparation me paraît néfaste pour les deux parties.

Néfaste pour les Sociétés de secours mutuels, car elle va à l'encontre d'une des principales préoccupations de l'hygiène actuelle : la prévention des maladies !

Comment voulez-vous concilier cette prévention si importante, la lutte contre la tuberculose, qui est si efficace au début et d'ailleurs toutes les luttes contre les maladies, si le malade hésite, recule devant une visite, devant une consultation dont il ne pourra peut-être pas solder le prix ou qui menace d'obérer son budget déjà si réduit ? Le malade ne consultera que quand la maladie sera devenue plus pressante, plus violente, et même dans son cours les visites pourront être trop espacées, partant moins efficaces, toujours en raison des honoraires à payer ! D'où dommage pour le malheureux mutualiste, dommage pour la caisse de la Société.

Néfaste sera cette séparation aussi pour le médecin, dans la plupart des cas.

Quoiqu'on en dise, les neuf dixièmes et plus des mutualistes sont des ouvriers à maigre salaire et à mauvaise alimentation : si la Société ne payait pas leurs visites, bien souvent elles ne seraient pas payées.

D'où perte sèche pour le médecin, qui ne pourrait cependant pas laisser ces malheureux sans secours, ou le plus souvent encore, ce serait l'assistance médicale qui les abriterait, avec ses tarifs encore plus réduits que ceux que la Société de secours mutuels pourrait offrir.

Une entente vaut mieux : elle peut se faire avec un peu de bonne volonté de part et d'autre, comme elle a toujours existé jusqu'alors.

Les deux intérêts en présence sont respectables et également importants : si la Société paie, le médecin est sûr d'être payé ; en retour de cette assurance, il peut faire à la Société une différence d'un tant pour cent, que je ne veux pas, quant à moi, fixer et qui peut varier suivant les régions et les milieux.

Ce tant pour cent et l'application d'un tarif ouvrier limité à tous les mutualistes ouvriers (en éliminant sévèrement tous les fortunés qui tenteraient de se glisser dans cette catégorie où ils n'ont que faire), me paraissent la solution préférable et désirable de la question qui nous occupe.

En dehors de cette solution, c'est la liberté pleine et entière pour les deux parties, et pour les motifs exposés, je la combats de toutes mes forces de mutualiste.

J'ai donné mon opinion : à d'autres mutualistes de dire s'ils la partagent ou au contraire la combattent. Mais, n'oublions pas cette dernière phrase de

l'avis du Conseil général : « La solution de cette question est des plus urgentes ».

Docteur Boursot.

M. le docteur Boursot *parle en son nom personnel.* Mais, tous les médecins mutualistes pensent avec lui que le corps médical n'a pas le droit d'imposer brutalement aux Sociétés de secours mutuels, ses tarifs et ses idées et que, ainsi que je l'ai déja dit moi-même et répété cent fois, toutes modifications dans les rapports des Sociétés et des médecins doivent être étudiées longuement par des Commissions mixtes et arrêtées de concert, avant d'être mises en vigueur.

Si l'Association générale, si l'Union des Syndicats, sur les conseils de votre journal, mon cher confrère, agissent autrement, si elles posent des *ultimatums,* dans le genre de celui que les médecins syndiqués de l'Aube ont signifié récemment aux Sociétés unies de ce département, ces grandes Sociétés professionnelles donnent au monde un déplorable exemple ; elles commettent un acte répréhensible qui sera, j'en suis sûr, sévèrement jugé par l'opinion publique !

Dr E. Toussaint.

Me permettrez-vous, mon cher confrère, de vous demander comment vous avez conclu, des deux phrases reproduites au début de votre lettre, que nous sollicitions, de vous, un exposé de vues personnelles !!

Il n'en est rien : nous souhaitions, c'est évident et c'est écrit, connaître le projet du futur groupement des médecins dits mutualistes (car il paraît que nous ne sommes pas encore mutualistes, nous, après avoir tant payé pour l'être !).

Or, nous apportez-vous, aujourd'hui, mon cher Toussaint, le groupement et son projet ? Je l'espérais en lisant vos premières lignes, mais ce n'est pas encore pour cette fois, puisque le groupement n'arrive pas à se constituer et que M. le Dr Boursot *parle en son nom personnel.*

Si vous désirez (moi je le veux bien aussi) que nous discutions utilement dans des Commissions mixtes, qui jusqu'ici ne furent pas très laborieuses, mettez-nous donc enfin un contre-projet sous les yeux, puisque vous ne contestez pas l'urgence.

Et jusque-là vous ne sauriez trouver mauvais, n'est-ce pas, que l'on s'en tienne ici à la formule de nos Sociétés de défense professionnelle, et à l'exposé que refit dernièrement Diverneresse, après Pierre Darin et tous nos camarades.

Quant à ce qu'en pense l'opinion publique, il y a belle lurette que nous avons remplacé ce souci par celui beaucoup plus grave de notre indépendance et de notre gagne-pain.

Dr H. Jeanne.

CHRONIQUE DU « SOU MÉDICAL »

Un accidenté de travail (fracture de la malléole externe droite) est soigné 3 mois par le médecin de l'assurance. Au bout de 3 mois, le médecin de l'assurance le déclare guéri complètement et ne méritant aucune indemnité.

Le blessé réclame. La compagnie l'adresse à un autre médecin qui le soigne et lui donne un mois de plus, sans indemnité également. Au bout de ce laps de temps, il met le patron devant le juge de paix, qui nomme un expert.

L'expert reconnaît qu'il a besoin de trois mois de plus et, que, ces trois mois écoulés, il y aura lieu de l'examiner à nouveau afin de savoir si le blessé aura droit à une indemnité pour incapacité fonctionnelle.

J'ai donné mes soins au blessé du moment où l'expert a été nommé jusqu'à la consolidation de sa blessure. Il n'a pas vu, durant ce temps-là, mais pas une seule fois, un de ses deux premiers médecins. L'expert reconnaît dans son rapport que je lui ai donné mes soins et conclut à une indemnité pour incapacité fonctionnelle. Le blessé a dit, *mais dit seulement,* en justice de paix : « Je ne veux plus les médecins de l'assurance, je prendrai M. Vigouroux pour me traiter, puisque les autres médecins me disent guéri. »

Eh bien ! l'assurance refuse de me payer. Elle prétend qu'il n'y a pas d'ordonnance du juge de paix m'ayant nommé médecin traitant. « L'ouvrier, dit-elle, n'a pas avisé qu'il changeait de médecin. Il n'avait qu'à continuer d'aller voir les médecins que nous lui avions indiqués. »

Suis-je dans mon droit, très honoré confrère, pour réclamer des honoraires ? Puis-je avec chance de succès poursuivre le patron, c'est-à-dire l'assurance qui refuse de me payer (ma note monte à 90 francs pour 3 mois de traitement: massages, pointes de feu).

Tel est, très honoré confrère, le conseil que je sollicite de votre expérience en la matière.

J'espère que vous voudrez bien me le donner et suivant, je ferai. Ce n'est pas pour 90 francs que je réclame. Au besoin, j'en ferai cadeau, si l'on ne veut pas me les payer, au pauvre diable que j'ai soigné, mais c'est pour le principe, pour prévenir l'exploitation en règle dont nous menacent les sociétés de secours mutuels et les assurances.

Veuillez agréer, honoré confrère, mes salutations les plus confraternelles.

Dr Vigouroux.

Consultation.

Dans le cas que le Dr V..., vous soumet, il n'y a aucune hésitation possible sur la solution de la difficulté soulevée par la compagnie d'assurances au nom du chef d'entreprise.

C'est à tort que la compagnie d'assurances prétend que les honoraires dus au Dr V..., pour soins donnés à un ouvrier qui l'a choisi comme médecin, doivent rester à la charge de ce dernier, parce qu'il n'aurait pas avisé le patron qu'il cessait de se faire soigner par le médecin de l'assurance, et soutient qu'il faudrait en pareil cas une ordonnance du juge de paix désignant le médecin traitant.

Une semblable prétention est tout à fait inadmissible surtout depuis la rédaction nouvelle apportée à l'article 4 de la loi de 1898 par la loi du 31 mars 1905.

Le deuxième § de l'article 4 spécifie : « La victime peut *toujours* faire choix *elle-même* de son médecin ». Par conséquent, c'est à tout moment, aussi bien au cours qu'au début du traitement, que l'ouvrier peut user de son droit de choisir son médecin.

Cette expression « toujours » a été introduite dans le texte de l'article, précisément pour rendre impossible des décisions comme celle rendue antérieurement par le tribunal de paix de Nantes, le 23 février 1903, et qui, d'ailleurs, n'était pas acceptable même avec l'ancien texte de la loi de 1898.

En outre, c'est la victime *« elle-même »,* comme le dit la loi, et non le juge de paix, qui choisit le médecin traitant, alors même qu'au début du traitement, elle aurait accepté les soins du médecin du patron, ou de la compagnie d'assurances. L'intervention du juge de paix, pour la désignation d'un médecin, n'est prévue que dans le cas, visé par le 5e §, de l'article 4, où le patron veut être renseigné sur l'état de la victime par un médecin de son choix.

Le choix de son médecin par le blessé n'est subordonné par la loi à aucune condition de forme. On ne peut lui faire grief de n'avoir pas prévenu préalablement le chef d'entreprise par une lettre recommandée (seul moyen qu'il aurait d'apporter la preuve de son affirmation à cet égard), qu'il entendait faire usage de son droit.

Tout ce qu'on peut exiger de l'ouvrier, c'est qu'il ne continue pas à accepter les soins du médecin patronal, en même temps que ceux d'un médecin de son choix. Dans le cas contraire, en effet, le patron, s'acquittant déjà une fois, par l'intervention directe de son médecin, de l'obligation mise à sa charge par la loi de supporter les frais médicaux et pharmaceutiques, ne pourrait pas être tenu de supporter la même charge une seconde fois, sans y avoir donné son consentement. Les frais dus au médecin mis en œuvre par l'ouvrier, sans l'assentiment du patron, et alors que cet ouvrier continuerait à recevoir les soins du médecin patronal, devraient rester à sa charge.

Dans le cas du Dr V..., c'est après qu'a été reconnue par un expert l'erreur volontaire ou non de deux médecins patronaux déclarant à tort guéri sans incapacité permanente le blessé confié à leurs soins, que celui-ci a usé de son droit de choisir son médecin, sans jamais recourir à nouveau, aux soins des médecins patronaux. Dans ces conditions, notre confrère n'a qu'à exercer hardiment son action contre le chef d'entreprise, et aucun tribunal de paix ne pourra accueillir favorablement les arguments de la compagnie d'assurances, surtout dans de semblables circonstances.

Je crois devoir ajouter à cette consultation une observation d'ordre général. Pour éviter toute équivoque, les blessés qui, après avoir reçu les soins d'un médecin de compagnie d'assurances au début du traitement, useront ensuite de leur droit de choisir leur médecin, feront bien de ne retourner chez le médecin de la compagnie sous aucun prétexte, car dans ce cas, on pourra soutenir qu'ils ont reçu les soins de deux médecins à la fois, et chercher à laisser à leur charge les honoraires du médecin de leur choix. Si le chef d'entreprise ou sa compagnie d'assurances veulent contrôler l'état du blessé, que celui-ci refuse d'aller chez le médecin de la compagnie, et qu'il exige que ce dernier se munisse de la désignation du patron visée par le juge de paix, conformément à la procédure tracée par le § 5 de l'article 4, à l'effet d'avoir accès près d'eux. C'est de cette façon seulement que les blessés pourront éviter les pièges qui pourraient leur être tendus à titre de représailles, lorsqu'ils auront eu l'audace, en cours de traitement, de s'arracher aux médecins des Compagnies.

Georges Gatineau,
Avocat à la Cour d'Appel,
Conseil du « Sou Médical ».

8 Mars 1906.

N. D. L. R.— Consulter pour complément de renseignements *Le Concours médical*, du 18 novembre 1905, page 747 : « La mauvaise foi de certaines Cies ; et un jugement du Tribunal civil de Narbonne du 6 juin 1900, aux pages 335, 7, 8 du recueil de documents sur les accidents du travail par le ministère du commerce, n° 3, jurisprudence, Mars 1902. » (Berger-Levrault, éditeur, Paris.)

Les Honoraires dans les Hôpitaux privés

Mon cher Maurat,

Grâce aux conseils donnés par le « Sou Médical », à l'article de Me Gatineau sur les hôpitaux privés, paru dans le *Concours médical* du 11 février 1906, page 100, et à l'envoi de la lettre que vous m'avez dictée, l'entreprise a payé intégralement ma note d'honoraires pour opération à l'hôpital privé de Creil : *bien que la feuille d'admission n'ait pas été signée* (oubli du Directeur). Les autres usines paient de même sans récriminations.

Merci et bien cordialement à vous. Dr D...

Le payement des honoraires d'expert dans la loi-accidents.

A Messieurs les Membres du Conseil d'Administration du « Sou Médical » à Paris.

Messieurs,

Bien que n'étant pas encore membre du « Sou médical », je n'en crois pas moins utile de vous soumettre une proposition qui intéresse, à différents points de vue, le corps médical tout entier.

Vous n'ignorez pas que, d'après les modifications apportées en 1905 à la loi du 9 avril 1898, le médecin est en droit, pour récupérer ses honoraires, d'assigner directement le chef d'entreprise.

Dans ce cas, si une expertise est ordonnée par le Tribunal, les honoraires de l'expert doivent-ils être avancés à celui-ci par le Trésor, ou doivent-ils être avancés à l'expert par le demandeur lui-même ?

Malgré l'opinion contraire qu'a émise (si ma mémoire est exacte) le Dr Diverneresse (dans une réunion de médecins de province), au fond les choses se présentent de la même façon : si le médecin demandeur était condamné aux dépens, le Trésor récupérerait sur ce demandeur les frais d'expertise (renseignements fournis par l'Enregistrement), — comme il récupère les frais d'expertise sur le patron, si celui-ci est condamné aux dépens.

Mais, d'autre part, des magistrats, des greffiers et des agents de l'enregistrement m'ont fait remarquer que les médecins attaquant directement le chef d'entreprise n'ont pas l'assistance judiciaire — et qu'ils ne peuvent se prévaloir que de l'article 29 de la loi de 1898 — où il n'est pas question des expertises. *On m'a fait pressentir qu'à* un moment donné *la Chancellerie* (ou la Cour des Comptes) *pourrait faire rendre à ceux d'entre nous qui en ont touché, des honoraires d'expert avancés par le Trésor*. Je sais bien que, même dans ce cas, les experts pourraient récupérer de nouveau (1) leurs honoraires en se faisant délivrer des exécutoires sur les parties dans la forme ordinaire, mais voyez d'ici quelle perte de temps et quelles démarches cette manière de faire nous occasionnerait.

Puis, dans la pratique, il arrive que, tandis que certains experts, se faisant honorer directement par le Trésor, acceptent de faire l'expertise sans rien réclamer au médecin demandeur, d'autres demandent directement à celui-ci leurs honoraires et, dès lors, ne se font pas honorer par le Trésor.

Je crois, pour ma part, qu'il y aurait lieu de faire fixer par une circulaire du Garde des Sceaux la conduite exacte que nous devons tenir dans l'occurrence. J'avais pensé obtenir cette circulaire et, pour cela, j'ai refusé de faire une expertise sans avoir été honoré préalablement par le médecin demandeur ; ce médecin m'avait promis de faire une plainte, mais je n'ai jamais eu de nouvelles de la plainte que j'avais volontairement provoquée.

Hier, un greffier de paix de Paris m'a averti que, dans le cas qui nous occupe, il n'accepterait plus de dépôt de rapport que contre versement d'une somme de 2 fr. 10 (représentant les honoraires qui lui sont dus pour procès-verbal du dépôt de rapport et inscription au répertoire). — Voilà encore un point qu'il serait bon de faire préciser.

Pour résumer cette longue lettre, je vous propose de demander à l'autorité compétente :

1° De fixer exactement par une circulaire ou par tel moyen qu'elle jugera bon *quelle doit être la façon dont les experts récupéreront leurs honoraires* dans le cas où le médecin du blessé poursuit directement le chef d'entreprise pour se faire honorer ;

2° De déterminer : *si les dépôts de rapports*, dans le cas qui nous occupe, *doivent donner lieu à des honoraires pour le greffier*, dans l'affirmative, si c'est à l'expert, déposant son rapport, à faire l'avance de

(1) Et cette fois définitivement.

ces frais — subsidiairement, *quel doit être le quantum de ces frais.*

Veuillez être assurés, etc.

Paris, 11 février 1906. E. PAQUET.

Mon cher Docteur,

Les questions que vous pose le Dr Paquet sont des plus épineuses et des plus obscures.

Il s'agit de savoir d'abord si l'article 22 de la loi de 1898 qui accorde, de plein droit, l'assistance judiciaire à la victime et *à ses ayants droit*, devant le tribunal (art. 22, § 1er) et devant le juge de paix (art. 22, § 3 et 5) s'applique à l'action du médecin choisi par l'ouvrier et exerçant l'action directe que lui confie l'article 4 pour le paiement de ses honoraires contre le chef d'entreprise. Pour mon compte je penche pour la négative.

De ce que l'administration de l'enregistrement, dans une circulaire, ait pris une décision faisant bénéficier le médecin de la dispense de timbre et d'enregistrement, pour tous les actes visés à l'art. 29 de la loi, il ne s'ensuit pas que le bénéfice de l'assistance judiciaire de plein droit appartienne à d'autres qu'à la victime ou à ses héritiers, sens dans lequel doit être pris le mot « ses ayants droits ».

Or, d'après le décret du 18 juin 1811, art. 118, et la Loi du 21 janvier 1851, art. 14, ce n'est que dans les instances engagées ou poursuivies par des plaideurs admis à l'assistance judiciaire que les honoraires des experts sont avancés par le Trésor.

Par suite, il me semble que la Cour des comptes aurait le droit, au cas où la Chancellerie elle-même ne le ferait pas, d'ordonner la répétition de tout paiement d'honoraires d'expertise effectué par le Trésor, dans les instances intentées par les médecins contre les chefs d'entreprise pour le recouvrement de leurs honoraires dans les termes de l'article 4 de la loi de 1898.

Les experts doivent donc suivre pour le recouvrement de leurs honoraires les règles applicables en matière d'instances civiles.

Ils ont une action contre la partie qui a requis l'expertise (Cass., 11 août 1856, Sirey 57.1.107 ; voir note de Sirey sous Bordeaux, 6 fév. 1884 et Lyon, 16 déc. 1885, Sir. 86.2.153) et une action solidaire contre les deux parties en cause, si celle qui n'a pas sollicité l'expertise y a adhéré (arrêt de Lyon précité et note 2-3).

Dans tous les cas, lorsque l'instance est terminée, les experts ont le droit de poursuivre directement, pour leurs frais et honoraires, la partie qui a succombé et a été condamnée aux dépens, dans lesquels sont compris les frais d'expertise, bien que l'expertise n'ait été ni ordonnée, ni accomplie à sa requête (Cass., 3 nov. 1886, Sirey. 1887.1.69).

Le greffier est en droit de percevoir le droit et les émoluments pour la rédaction du procès-verbal de dépôt du rapport.

Est-ce l'expert qui doit en faire l'avance ?

En principe, oui. Car le dépôt du rapport est le dernier acte de la mission confiée par la justice à l'expert. Il résulte, en effet, des dispositions combinées de l'article 319 C. Pr. et de l'article 43 de la loi du 22 frimaire an VII, que le dépôt du rapport doit être constaté par un acte rédigé par le greffier, signé par lui *et le déposant*. La mission de l'expert nommé par justice ne prend fin que par le dépôt régulièrement constaté de son rapport au greffe (Cass. 5 juillet 1891, Sir. 98.1.442).

Les experts peuvent bien demander aux parties de verser au greffier la provision nécessaire pour couvrir les frais de l'acte de dépôt. Mais ils ne peuvent l'exiger, pas plus qu'ils ne peuvent exiger la consignation d'une provision sur leurs honoraires *avant le dépôt du rapport* (Mallard, « Traité complet de l'expertise judiciaire », p. 62 et 63).

Ce n'est qu'après le dépôt du rapport que, leur mission étant remplie, ils peuvent demander la taxe du juge et requérir un exécutoire (même auteur).

L'expert qui, après avoir prêté serment (ou accepté la mission à lui confiée), n'accomplirait pas cette mission par suite du refus des parties de lui avancer les sommes nécessaires à l'opération serait passible non seulement de dommages-intérêts, mais encore de tous les frais auxquels donnerait lieu la nouvelle expertise (Cass., 2 nov. 1882, aff. Lemonnier, Dall. Rép., 423, p. 221).

Cette solution serait applicable au cas de refus de déposer un rapport par le motif que la partie n'aurait pas fait l'avance des frais du procès-verbal de dépôt, lequel constitue le dernier acte de la mission de l'expert.

Le coût d'un acte de dépôt de rapport entre les mains du greffier de la justice de paix est de 6 fr. 05, d'après M. Mallard (p. 100). En matière d'accidents du travail, il y a lieu à application de l'article 29 de la loi, c'est-à-dire à la dispense de timbre et de droits d'enregistrement.

Votre bien dévoué,

Georges GATINEAU,
Avocat à la Cour,
Conseil du « Sou Médical ».

REPORTAGE MÉDICAL

La médecine sociale en Prusse.—On sait quelle importance a pris, dans ces dernières années, la médecine sociale, surtout en Allemagne, où fonctionnent depuis longtemps des assurances obligatoires d'ordres divers pour la classe ouvrière. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner de voir l'enseignement médical comprendre maintenant des matières qui, jusqu'ici, ne figuraient point dans le programme des études. C'est à la Faculté de médecine de Bonn que vient d'être créée la première chaire de médecine sociale, et tout fait prévoir qu'un enseignement du même genre sera donné sous peu dans d'autres Facultés de le Prusse et probablement aussi dans certaines Universités d'Allemagne. Cet enseignement, qui a été confié à M. le professeur Rumpf, comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques.

Mais ce n'est pas seulement le gouvernement et le corps professoral qui se préoccupent des connaissances nouvelles que les médecins doivent acquérir pour remplir les devoirs professionnels qui leur incombent dans le temps présent. La section berlinoise de l'Association des médecins de l'Allemagne pour la sauvegarde des intérêts économiques du Corps médical créera très prochainement une sorte d'Institut de médecine sociale, ayant pour but de faire connaître aux médecins et aux étudiants en fin d'études la législation sociale, les divers établissements de médecine sociale, ainsi que les voies et moyens dont le praticien dispose pour les rendre accessibles à ses malades. A cet effet, des visites seront faites aux établissements en question et elles seront complétées par des conférences et des exercices pratiques sous la direction d'hommes compétents en la matière. Point à noter: cet enseignement sera absolument gratuit et ouvert à tous les médecins indistinctement qu'ils fassent ou non partie de l'Association. (*Echo de la médecine et de la chirurgie.*)

Cours de Vacances. (Huitième série : avril 1906 ; du 9 au 24 avril.)

Liste des cours

1° *A l'hôtel des Sociétés Savantes, rue Serpente* : Massage. Dr Marchais ; Electrothérapie, Dr Zimmern ; Accouchements, Dr Dubrisay ; Thérapeutique appliquée, Dr Landowski ; Hygiène et Thérapeutique infantiles, Dr Lesné ; Maladies nerveuses, Dr A. Riche. Chirurgie dentaire, Dr M. Roy.

2° *Dans différents services* : Chirurgie pratique, Dr Savariaud, à Lariboisière. — Thérapeutique dermatologique et syphiligraphie, Dr Leredde. Etablissement dermatologique. — Auscultation, Dr Caussade, à Tenon. — Oto-rhino-laryngologie, Dr Georges Laurens. Clinique de la Trinité, Ophtalmologie. Dr Morax, Lariboisière. — Maladies des voies urinai-

res, Dr Noguès, à Necker. — Maladies de l'estomac, Dr Enriquez, Hôtel-Dieu. — Chirurgie infantile, Orthopédie, Dr Barbarin, Hôpital Anne-Marie.

Tous les cours commenceront le lundi 9, aux lieu et heure indiqués pour chacun d'eux au prochain Bulletin. Repos le dimanche 15 et le lundi 16.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant. Chaque élève recevra une carte d'admission qu'il devra produire à l'entrée des cours.

Le droit d'inscription de chaque cours (comprenant en moyenne 8 à 10 leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance.

Le lundi 18, à midi, à l'hôtel des Sociétés Savantes, réunion générale des professeurs et des élèves ; dernières inscriptions. Cette réunion n'empêchera pas les cours du matin d'avoir lieu le lundi aux heures indiquées.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur Marchais, Hôtel des Sociétés Savantes, rue Serpente, Paris,

Faculté et Hôpitaux.

— M. Manouélian fera, à partir du 26 mars 1906 des exercices de démonstration de technique microscopiques : fixation, inclusion à la paraffine, colorations. Les exercices dureront deux mois, à raison de deux séances par semaine, de 2 à 4 heures, les lundis et mercredis, à partir du 26 mars 1906.

Le montant du droit à acquitter est de 50 francs. Les microscopes et réactifs seront fournis. Seront admis MM. les docteurs et étudiants français et étrangers immatriculés à la Faculté.

Les bulletins des versements des droits de laboratoire et d'immatriculation seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

— Un concours pour 5 places d'aides d'anatomie s'ouvrira le lundi 6 mai 1906, à midi et demi, à la Faculté de Médecine de Paris.

Tous les élèves docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au Secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au samedi 5 mai inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1906 ; leur temps d'exercice expirera le 30 septembre 1909.

— Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 21 mai 1906, à midi et demi, à la la Faculté de Médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au samedi 15 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1906 ; leur temps d'exercice expirera le 30 septembre 1910.

— M. Schwartz, prosecteur, commencera le mardi 27 mars 1906, à 1 h. 1/2, un cours sur les opérations d'urgence et de pratique courante.

Programme du cours : 1° Suture des plaies. Anesthésie locale à la cocaïne. — 2° Plaies des artères et des veines. Suture des tendons et des nerfs. Incisions des abcès. — 3° Arthrotomies. Ostéomyélite. Amputations pour lésions du membre supérieur. — 4° Amputations atypiques pour écrasement du membre inférieur. — 5° Fractures du crâne. Mastoïdite. Incision des abcès du cou. — 6° Trachéotomie. Pleurésie purulente ; intervention d'urgence : pleurotomie, résection de côte. Plaies de l'abdomen. — 7° Ablation de sein cancéreux. Appendicite. — 8° Hernie étranglée. Cure radicale de hernie inguinale et crurale. — 9° Anus temporaire et définitif. Hémorroïdes. Abcès de la marge de l'anus et fistules. — 10° Rupture de l'urètre. Infiltration d'urine. Phimosis. Hydrocèle. Castration. Varicocèle.

Le cours aura lieu tous les jours, les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Seront seuls admis : les docteurs français et étrangers et les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 50 francs. S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 h., les mardis jeudis et samedis.

— Une série de travaux pratiques de médecine opératoire régionale a commencé le 16 mars, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sous la direction de M. Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques, avec l'assistance de MM. Chifoliau et Chevrier, prosecteurs des hôpitaux.

Programme des cours. — Premier cours : Opérations sur le foie, l'estomac, l'intestin, le rectum, par M. Quénu, prof. agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin, et P. Duval, agrégé, chirurgien des hôpitaux. Ce cours a commencé le 16 mars.

Deuxième cours : Opérations courantes et chirurgie d'urgence, par M. Walther, agrégé, chirurgien des hôpitaux, et J. Arrou, chirurgien de l'hôpital Hérold. Ce cours commencera le lundi 2 avril.

Troisième cours : Opérations de gynécologie, par M. Ricard, agrégé, chirurgien des hôpitaux et A. Gosset, agrégé, chirurgien des hôpitaux. Ce cours commencera le 1er mai.

Quatrième cours : Opérations sur l'appareil génito-urinaire de l'homme, par J. Albarran, agrégé, chirurgien des hôpitaux, et R Proust agrégé. Ce cours commencera le 2 mai.

Cinquième cours : Opérations sur la tête, le cou, l'oreille, le nez et le larynx, par M. Sébileau, agrégé, chirurgien des hôpitaux, et Lombard, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. Ce cours commencera le 6 juin.

Sixième cours : Opérations sur l'œil et son appareil annexiel, par V. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière. Ce cours commencera le 6 juin.

Le nombre des élèves est limité. Sont admis à suivre ces cours : les docteurs français et étrangers et les étudiants immatriculés qui auront à acquitter pour chaque cours un droit de 80 francs. Les cours sont ouverts gratuitement à tous les internes des hôpitaux sans autre limite de nombre que celle imposée aux exercices techniques par les ressources du laboratoire.

S'inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin, de 10 h. à 4 h.

— Le premier cours sous la direction de MM. Quénu et Duval a commencé le 16 mars à 4 h. 1/4 et se continuera à la même heure le lundi 19 mars. Il sera terminé le 11 avril.

Le deuxième cours, professé par MM. Walther et Arrou, commencera le lundi 2 avril à 4 h. 1/4.

Distinctions honorifiques. — Viennent d'être nommés :

Chevalier de la Légion d'honneur. — M. le docteur Grasset, de Riom (Puy-de-Dôme).

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Legros, de Paris.

A ces deux membres du Concours nous adressons toutes nos félicitations.

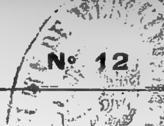
NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Pannetier, de Lion-sur-Mer (Calvados) et Lorentz, de Sainte-Foy-la-Grande (Gironde), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année — N° 12 — 25 MARS 1906



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les médicaments qui ne guérissent plus.

Une foule de médecins est devenue d'un scepticisme incroyable, au sujet de la vertu de mille substances médicamenteuses en honneur jadis. C'est là un fait brutal, connu, indiscutable.

Il a été constaté et quasi-légitimé par des princes de la science, en des circonstances solennelles : je sais deux de ces maîtres qui l'ont proclamé, comme présidents de Congrès, au cours des dix dernières années, et j'ai, en écrivant, leurs discours sous les yeux. On les jurerait systématiquement naturistes, comme certains confrères allemands.

Si ces professeurs avaient été seuls à le dire, on pourrait cependant douter encore : tant de choses se publient, pour attirer l'attention, dans ces assemblées de réclame qui ont nom Congrès, qu'on n'est pas du tout forcé de les prendre pour articles de foi.

Mais, interrogez la masse des praticiens, si vous avez contact avec elle, comme cela existe au Concours médical, et vous serez conduits à de curieuses constatations, d'ailleurs concordantes, d'où résulte la mise en suspicion de presque toute la vieille pharmacopée, au moins quant aux formes dont nous l'enveloppions.

Il est bien permis, et il est même de notre devoir étroit de nous demander pourquoi, dussions-nous n'être pas pleinement satisfaits des réponses faites à la question.

Est-ce le patient, le terrain de réception, d'assimilation et de réaction des drogues qui a changé depuis une génération ou depuis un siècle ? Personne n'émet sérieusement cette hypothèse en l'air.

Ne nous en a-t-on pas plutôt trop fait croire au sujet des cures de jadis ? Ceci nous paraît à craindre, sauf exception pour quelques substances comme l'opium, la digitale, etc., qu'on pourrait, sans doute, limiter au chiffre de cinquante en y allant largement.

La faveur des autres (car les temps et les mœurs n'ont pas tant varié qu'on le dit), fut probablement l'œuvre des Congrès, des arrivistes, des Académies, des lanceurs ; elle n'a pu résister aux déboires de l'expérimentation.

Mais serait-il juste et logique d'expliquer ainsi toutes les faillites de la pharmacopée ? Nous ne le pensons pas, et voici pourquoi ;

Le journaliste indiscret qui pénètre dans certaines boutiques dites officines, qui apprend la façon, dont on s'y approvisionne, qui écoute certains voyageurs en droguerie venant faire l'article, qui parcourt tels ou tels catalogues de maisons de gros et en même temps ceux de quelques pharmacies de détail jetés par extraits dans des prospectus ou à la quatrième page des journaux ; qui n'entend parler que de contrefaçons, contre spécialités ; qui voit les membres d'une même profession se diviser au grand jour en rabaisiens ou non rabaisiens ; ce journaliste, dis-je, s'il est médecin, peut-il garder une foi robuste dans

l'authenticité et la qualité de tous les médicaments qui seront délivrés sur ordonnance de lui ?

Il aura beau compter avec les merveilleux progrès de l'industrie et de la chimie modernes, il aura beau tabler sur l'identité de composition atomique d'un corps substitué à l'autre ; il aura beau se souvenir que la margarine joue merveilleusement le bon beurre, personne ne l'empêchera de se rappeler aussi que l'huile de foie de morue, chez le producteur même, coûte au moins 1,50 le litre, ce qui ne permet guère de la vendre 0 fr. 90 dans une pharmacie parisienne, à moins qu'elle ne soit..... sacrifiée, comme tout le reste de ce qui figure au propectus.

« *Prescrivons-en, tant que cela guérit* » est une phrase qui court toutes les conversations médicales. D'aucuns la considèrent comme l'expression d'un tribut payé à la mode par les sceptiques ; mais il en est de très renseignés qui veulent dire par là : « Usons-en avant qu'on ait contrefait ». Ceux-là savent que le produit nouveau, tant qu'il fut anthentique, donna bien les avantages signalés par les expérimentateurs et n'avait pas d'inconvénients appréciables, mais, qu'un jour il fut imité, cameloté, et rencontra ainsi des critiques qui le discréditèrent malgré sa valeur pourtant réelle. Ce sont là, choses connues des inventeurs, si connues que, parfois, ils spécialisent le produit dès sa présentation, au grand dam des pharmaciens qui ne tirent plus de sa vente qu'un très mince bénéfice. C'est la rage de la contrefaçon, qui les oblige ainsi à se protéger.

De tout ce qui précède, et de tout ce que nous savons et pourrions dire dans le même ordre d'idées, que résulte-t-il de pratique ?

Que les substances vendues dans les officines ou en magasin chez des droguistes et commissionnaires devraient être soumises à un contrôle réel, effectif, protecteur de la santé publique en même temps que des droits d'invention.

Mais, il y a, dira-t-on, l'inspection des pharmacies. Ah ! oui, les pharmaciens payent un droit pour être inspectés, mais demandez-leur comment se pratique cette formalité ; à peu près comme si on inventoriait en cinq minutes les trésors de Notre-Dame de Paris. Quant au contrôle des spécialités, des drogueries et fabriques, il n'en fut jamais question,

Cela ne serait pourtant pas du luxe, si on veut rendre pleine sécurité aux malades, foi suffisante aux médecins, et vertu réelle aux médicaments qui ne guérissent plus.

Y songera-t-on dans la future loi sur la pharmacie ?

Nous savons, du moins, bon nombre de pharmaciens qui le réclament. H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Régime achloruré dans la scarlatine.

A la suite des communications de MM. Dufour et Dopter sur le régime achloruré dans la scarlatine, M. Pater, interne à l'hôpital Trousseau de Paris, a fait dans le service de M. le Dr Guinon des expériences sur l'application systématique de ce régime achloruré dans la scarlatine. Les résultats qu'il a obtenus sont les suivants : « Le régime achloruré est sans danger dans la scarlatine : il met à l'abri de la néphrite aussi bien et mieux, peut-être, que le régime lacté absolu ; s'il existe de l'albuminurie fébrile au début, celle-ci disparaît définitivement.

« Le régime achloruré peut être institué dès les premiers jours de la scarlatine, aussitôt que la fièvre a cessé ; l'enfant mangera à son appétit.

« Le régime achloruré est avantageux pour deux sortes de raisons : les premières, non négligeables, sont d'ordre subjectif, ce sont les moins scientifiques ; elles ont trait à l'agrément d'un tel régime comparé au régime lacté intégral, à la variété de l'alimentation, au plaisir même qu'a le petit malade à prendre ses repas, etc.

« Les secondes sont d'ordre clinique et physiologique :

« La courbe des poids ne suit plus les règles jusqu'ici établies ; elle est immédiatement ascendante, dès l'installation du régime ; elle monte régulièrement, progressivement, sans à-coups, sans arrêts. Cette augmentation se produit aussi bien quand le régime est institué dès les premiers jours de maladie, quand la fièvre est tombée, que lorsqu'il est établi plus tard.

« Cette alimentation abrège la maladie, en avançant le début de la convalescence ; cette dernière succède immédiatement à la période fébrile, et l'intervalle existant d'ordinaire entre la défervescence et le début de la convalescence est supprimé.

« Cette alimentation met le malade en meilleure posture, pour réparer vite et bien les pertes de son organisme, pour lutter contre les infections secondaires possibles et les maladies associées.

« Avec ce régime, enfin, les fonctions physiologiques cellulaires sont normales et même actives, comme en témoignent l'absence de rétention chlorurée et surtout la formation de l'urée, produit dont l'élimination s'effectue parfaitement.

« Pour toutes ces raisons, il semble que le régime achloruré mérite d'être pris en considération et employé dans la scarlatine sur une plus grande échelle. A côté des services indéniables qu'il rend dans le traitement des néphrites et des hydropisies diverses, ainsi que l'ont montré M. Widal et ses élèves, il nous semble être indiqué dans la scarlatine où son emploi met en tous cas certainement le malade à l'abri des complications rénales toujours possibles avec un régime chloruré banal. » (*La Pédiatrie pratique.*)

Les tuberculoses cutanées et la rougeole.

M. le Dr A. Rochette, de Luçay-le-Mâle (Indre) a consacré sa thèse à l'étude des rapports des tuberculoses cutanées avec la rougeole. Ses conclusions sont intéressantes à noter :

Il existe, dit-il, des tuberculoses cutanées, le plus fréquemment du lupus, consécutives à la rougeole, et dans le développement de ces tuberculoses, la rougeole joue le rôle de facteur étiologique.

Ces formes de tuberculoses se font remarquer par des caractères spéciaux : la soudaineté de l'éruption, qui se fait parfois à la façon d'un exanthème, la multiplicité et la dissémination des lésions sur le tégument, le siège plus rare à la face que dans le lupus vulgaire banal, la bénignité dans l'évolution des lésions qui, souvent, restent immobiles une fois constituées, sont susceptibles de guérison spontanée, parfois sans cicatrices, et ordinairement guérissent facilement sous l'influence d'un traitement approprié.

Les lésions cutanées sont causées par des embolies bacillaires parties d'un foyer tuberculeux réchauffé par la rougeole ou d'un foyer de nouvelle formation, qui s'est constitué sous l'influence de cette fièvre éruptive. Dans certains cas cependant, l'examen histologique semble plaider en faveur d'une inoculation, mais jusqu'à preuve du contraire, cette pathogénie ne paraît pas la plus fréquente.

L'amoindrissement de la résistance cutanée sous l'action de l'infection morbilleuse est, sans doute, la cause qui favorise la colonisation du bacille tuberculeux dans le tégument, plutôt qu'en tout autre point de l'organisme.

L'alypine en chirurgie oculaire.

L'alypine est un dérivé du benzoïl-éthyle-carbinol : *c'est un anesthésique* oculaire fort puissant. M. Th. Joulebine (*Roussky-Vratch*) l'a expérimentée dans toute une série d'opérations : extractions de cataractes, strabotomies, évidement de chalazions, iridectomies, tatouages d'opacités cornéennes, etc. Les résultats n'ont rien laissé à désirer, tant au point de vue de l'insensibilisation, qu'à celui de l'absence d'effets secondaires nocifs.

« Après instillation de trois ou quatre gouttes d'une solution à 3 % d'alypine, l'auteur obtenait, en une minute environ, une anesthésie locale qui demeurait absolue pendant neuf minutes, en moyenne, pour persister ensuite, d'une façon moins complète, durant une vingtaine de minutes. L'état de la pupille et la pression intra-oculaire ne se trouvaient nullement modifiés, point qui a son importance en cas de glaucome ; on ne notait, non plus, aucune influence sur l'accommodation, ni sur la cornée. Il ne survenait qu'un peu de congestion conjonctivale, laquelle, d'ailleurs, se dissipait avant même la disparition de l'insensibilité relative. L'hémorrhagie opératoire était peu abondante. De ces faits, l'auteur est amené à conclure que l'alypine est appelée à occuper une place importante en ophtalmothérapie, en raison, surtout, de son innocuité pour l'œil et de la durée prolongée de l'insensibilité relative, qui suit l'intervention chirurgicale, tout en épargnant aux malades les douleurs post-opératoires. La facilité de stériliser les solutions d'alypine, qui supporte l'ébullition pendant cinq minutes, sans se décomposer, constitue également un avantage. »

L'ankylostomiase et l'anémie des mineurs.

L'actualité est aux mineurs ; et, en attendant que les ingénieurs trouvent une solution pratique pour protéger les mineurs contre les incendies et le grisou, les médecins s'occupent avec persévérance de chercher les moyens de lutter contre leur anémie chronique.

M. le Dr François, délégué à l'enquête, vient de faire paraître chez Maloine une très complète étude sur ce grave sujet :

L'anémie dite *des mineurs* n'est pas une maladie nouvelle. Il y a juste cent ans qu'elle a été étudiée pour la première fois en France par Hallé, et l'on peut présumer que depuis cette époque elle n'a guère cessé d'y régner. Quelques médecins attentifs en ayant signalé de loin en loin un certain nombre de cas, leurs observations ont donné à penser qu'elle se manifestait sous forme épidémique. De telle sorte qu'on avait généralement tendance à chercher la cause du mal dans la production périodique de miasmes particuliers aux galeries souterraines.

En 1878, le Dr A. Manouvriez (de Valenciennes), dans un ouvrage resté plein d'intérêt, malgré ses lacunes et ses erreurs, édifia la théorie exclusive des causes physiques, en attribuant cette affection à l'action toxique de prétendus dérivés de la houille en état de combustion lente. En 1880, Perroncito et l'école italienne, s'appuyant sur de nombrenx faits observés pendant l'épidémie du Saint-Gothard, lui substituèrent la théorie parasitaire : un petit nématode, *ankylostomum duodenale*, découvert en 1838 par Dubini, constituerait toute l'étiologie, et l'anémie des mineurs devrait porter le nom d'*ankylostomiase.*

Ce point d'histoire se trouve exposé d'une manière concise, *à propos de la biologie* du ver, dans le livre du Dr François. Il aurait pu ajouter qu'à la suite de Perroncito, la plupart des savants français et étrangers ont accordé au parasite de Dubini un rôle étiologique prépondérant. C'est si vrai que l'enquête officielle récente, entreprise par le Ministère des Travaux publics, visait uniquement l'ankylostomiase. Or, le Dr François nous apprend que dans les charbonnages du Nord et du Pas-de-Calais, cette enquête a révélé une faible proportion d'ankylostomisés (3 %) alors que 80 % des ouvriers présentent à des degrés divers les apparences de l'anémie.

Il fallait donc chercher d'autres causes.

Bien loin de contester la nocuité de l'ankylostome, l'auteur publie quelques observations où sont mis en évidence les graves accidents qu'il détermine parfois. Mais il n'attache pas une très grande importance aux petites hémorragies intestinales, dont ce ver serait la cause. Serrant de près l'étude des conditions hygiéniques du travail souterrain, en des chapitres qui nous initient à la vie du mineur, il en montre l'influence indiscutablement anémiante surtout chez les individus débilités par les excès de boissons. De plus — et c'est là le principal intérêt et la véritable originalité de son livre — il pense qu'il y a lieu de faire à ce point de vue une large place, à côté du nématode à crochets, à des vers plus anciennement connus, *mais moins armés* et moins illustres : l'ascaris et le tricocéphale. Le chapitre qu'il a consacré à ces helminthiases banales, et la statistique qu'il apporte sont de nature à faire réfléchir le praticien, généralement habitué à les mépriser. Quelques dessins d'après nature, reproduits à la fin de l'ouvrage, ont pour but d'aider au diagnostic.

Etudiant une *maladie sociale*, selon le mot de Duclaux, le Dr François n'a pas cru sortir de son sujet en signalant les lacunes de l'organisation actuelle du service médical des houillères. Les rapports des médecins avec les mutualités sont à l'ordre du jour : c'est une *question sociale.* L'auteur propose un système complexe, qui n'est sans doute pas à l'abri de la critique, mais qui ne manquera pas de séduire les esprits en quête du mieux, par le besoin d'équité, ainsi que par le souci de l'unité, des proportions et de l'harmonie dont il porte la marque.

Nous sommes moins de son avis, quand il dit que

l'industrie minière est assez spéciale, assez ramassée, le corps médical des mines assez considérable et assez compact pour légitimer la création d'un concours. Il resterait à examiner quelles sont les connaissances qui, en dehors des études communes seraient à exiger des candidats. Mais une telle sanction préalable mériterait peut-être d'avoir pour conséquence une sécurité plus grande : on pourrait désirer un traitement fixe plus élevé, sans augmentation des charges de la Caisse de secours. Comme il aurait forcément pour corollaire l'abaissement proportionnel du tarif des visites, il serait facile de faire en sorte que l'ouvrier eût moins à payer de sa poche, dans l'exercice du libre choix du médecin.

Nous sommes également très réservés devant une autre conséquence, dite heureuse, de cette augmentation d'émoluments, c'est que certains praticiens, ainsi mieux assurés du lendemain, pourraient se contenter du minimum de clientèle obligatoire et, au lieu de songer à étendre celle-ci, donner une large part de leur attention et de leur temps aux questions d'hygiène et de prophylaxie qui se trouvent posées dans le livre du Dr François. Ce sont les mêmes qui se consacreraient aux œuvres si intéressantes, si utiles, mais si délicates et absorbantes pour le médecin consciencieux, des *gouttes de lait* et des *consultations de nourrissons*.

De telles œuvres ont une incontestable portée sociale. Il faut les conserver, les développer, en augmenter le nombre. Mais elles mériteraient une rémunération supplémentaire, en rapport avec les longues heures d'attention soutenue qu'elles exigent de la part de ceux qui en ont pris la charge et la responsabilité Aujourd'hui, dans les charbonnages, les consultations de nourrissons sont faites gratuitement, avec le plus louable désintéressement, par des confrères très occupés, qui ont peu de loisirs. Dans l'organisation nouvelle, dont il est question ici, les médecins auxquels elles incomberaient devraient les considérer non plus comme une besogne accessoire, mais comme une tâche appelée à prendre place au premier rang de leurs préoccupations. Il serait juste qu'un salaire approprié, quelle qu'en fût la source, vînt compenser la limitation ou la perte de clientèle qui en résulterait.

Nous terminerons sur ce vœu notre analyse d'un travail où l'auteur aborde et tente de résoudre quelques problèmes d'actualité, qui ne concernent pas seulement la médecine minière, mais intéresse le corps médical tout entier.

La pelade.

D'après le professeur Gaucher, voici comment il faut régler le traitement de la pelade :

1° S'opposer dans la mesure du possible à l'extension des plaques en épilant la périphérie des plaques et en rasant soit les plaques et leur périphérie, soit tout le cuir chevelu, tous les trois jours, jusqu'à ce que les cheveux aient acquis leur coloration et leur volume normaux.

2° Prévenir la reproduction de nouvelles plaques par des lavages au savon ordinaire, des lotions au chloral, au sublimé, à la résorcine, des badigeonnages à la teinture d'iode, au collodion iodé, à la vaseline iodée, à l'essence de Wintergreen, à l'essence de cannelle ; des onctions à la pommade soufrée, au turbith, à l'acide salicylique.

3° Exciter la repousse des cheveux.

A. Si les plaques sont torpides, raser les poils ; si elles s'étendent rapidement, les épiler.

B. Pratiquer tous les soirs une friction avec un tampon de ouate imbibé du mélange :

Ether sulfurique............	30 gram.
Acide acétique cristallisable }	ââ 1 à 2 gram.
Hydrate de chloral..........}	

C. Faire chaque matin un savonnage, puis une lotion à l'alcool antiseptique :

Sublimé..................	0 gr. 20 cent.
Hydrate de chloral...........	4 grammes.
Résorcine....................	2 —
Alcool à 90°..................	200 —

Ou bien :

Alcool à 90°.................	210 grammes.
Ammoniaque liquide........	10 —
Teinture de cantharide.......	5 à 10 gram.
Teinture de noix vomique....	3 grammes.

Si le cuir chevelu est sec, ajouter à la formule 40 grammes d'huile de ricin.

L'empoisonnement par le cyanure de potassium.

Une commission de la *Chemical metallurgical and mining Society of South Africa Johannesburg* vient de publier un rapport détaillé sur le contre-poisson le plus efficace du cyanure de potassium.

Les expériences ont été faites avec l'eau oxygénée, les sels de cobalt et le sulfate de fer en présence de lessive de soude.

L'eau oxygénée a donné dans tous les cas un résultat négatif ; la transformation du cyanure de potassium, sous son action, en une combinaison inoffensive qui ne soit pas de l'oxamide étant trop lente à se produire. On n'a jamais pu constater qu'elle ait retardé l'issue mortelle chez les animaux.

De même l'eau oxygénée ne saurait être employée en injections sous-cutanées étant donné qu'elle pénètre trop lentement dans le torrent circulatoire.

On ne peut songer à se servir de sels de cobalt, car pour agir sûrement, il faudrait introduire dans l'organisme un trop grand excès de combinaisons toxiques par elles-mêmes ; et dont on ne pourrait le débarrasser qu'au moyen de vomitifs et par des lavages de l'estomac, ce qui ne serait pas sans offrir quelques difficultés dans le cas d'un empoisonnement. Au contraire, il faut recommander le sulfate de fer et la lessive de soude.

Deux chiens auxquels on a administré 0 gr. 01 de cyanure de potassium par kilogramme de poids sont revenus à l'état normal un quart d'heure après l'introduction de ce contre-poison. (*Rev. de Pharmacologie médicale.*)

Par suite, on devrait avoir, dans toutes les usines à cyanure, 3 flacons hermétiquement bouchés renfermant chacun 30 c.c. d'une solution de sulfate ferreux à 23 0/0, 3 flacons de 30 c.c. de lessive de soude concentrée et 3 paquets de 3 grammes de magnésie calcinée, ainsi qu'un verre et une cuillère.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le Pr agrégé CARNOT.

Formes cliniques et diagnostic de la sténose pylorique.

Lorsqu'un canal est rétréci, il importe de considérer non seulement ce qui se passe au niveau du rétrécissement, mais encore ce qui se passe au-dessus et au-dessous de lui : c'est là une remarque de pathologie générale qui s'applique au pylore, comme à l'œsophage, à l'urèthre, au rectum, ou à tout autre point de l'organisme.

Voyons donc, en premier lieu, ce qui se passe au-dessus de la sténose pylorique. L'estomac, en pareil cas, essaye de s'évacuer ; il lutte, s'hypertrophie et se contracte énergiquement. Cet état éréthique détermine à la fois des vomissements, des mouvements péristaltiques et des contractions en masse, une sorte de tétanisation de la couche musculaire stomacale d'où résulte, cliniquement, un phénomène particulier : l'estomac dit en ballon. A côté de ces signes de lutte, se montrent aussi des signes de défaillance. A la longue — ou de bonne heure lorsque l'organe est lui-même affaibli, peu résistant — la poche gastrique se laisse forcer et dilater. Il y a là un fait analogue à ce que l'on observe dans les sténoses des orifices cardiaques où le cœur s'hypertrophie d'abord et perd ensuite sa force contractile, se dilate.

Le syndrome de la sténose pylorique offre donc une première forme, de lutte, marquée par des vomissements et des contractions excessives de l'estomac, et une seconde forme — qui succède à la première ou existe d'autres fois d'emblée —, de fatigue, de dilatation gastrique. Cette dernière est d'autant plus rapide à se produire et d'autant plus marquée que l'organe est plus malade. On a affaire, alors, à un estomac qui, ne pouvant plus résister, s'ectasie et tombe quelquefois très bas, voire jusqu'au pubis, comme c'est le cas chez un de nos patients atteint de sténose pylorique cicatricielle, que M. Gosset opérera demain à la Pitié. Les deux types morbides dont je viens de parler peuvent d'ailleurs s'associer l'un à l'autre : il est des estomacs qui, à certains moments luttent et, à d'autres moments, fléchissent et se dilatent.

Qu'arrive-t-il au-dessous du pylore ?

Les aliments ne passant pas ou mal, l'intestin est en partie vide. Les malades ont l'intestin rétracté, le ventre rentré, une constipation opiniâtre, une soif intense, une faible quantité d'urine. Absorbant peu de solides, ils maigrissent dans des proportions souvent notables.

Ces considérations générales étant exposées, abordons ensuite l'étude des variétés cliniques de la sténose du pylore. Elles vont du spasme normal de cet orifice jusqu'aux sténoses organiques les plus serrées.

Sténoses spasmodiques légères.

La fermeture normale du pylore dure un temps variable, selon les individus : les uns vident leur estomac de bonne heure, d'autres le vident tardivement, et M. Hayem insiste beaucoup sur la variabilité de cette phase du travail digestif. Dans diverses circonstances, le réflexe de fermeture se prolonge. Dans l'hyperchlorhydrie intense par exemple, sa durée est accrue et nous avons déjà dans cette exagération d'un état physiologique une ébauche de sténose. Tel est ce que nous pourrions appeler le premier degré de la sténose pylorique.

Sténoses spasmodiques accusées.

Dans un deuxième degré, nous trouvons une sténose plus accentuée, mais encore intermittente. Il est des individus qui ont des crises de spasme pylorique. Il s'agit quelquefois de troubles secondaires à l'hyperchlorhydrie, d'autres fois de phénomènes réflexes. Je passe rapidement sur ces faits assez mal connus.

Outre ces spasmes intermittents, admis par tous les auteurs, on a décrit des spasmes continus, d'origine indéterminée. Doyen a beaucoup insisté sur leur importance : j'ajouterai que, par contre, nombre de cliniciens les nient.

J'arrive maintenant aux sténoses pyloriques permanentes véritables. Ce sont les mieux connues et les plus intéressantes. Elles sont tantôt petites, incomplètes, tantôt intenses, serrées, plus graves.

Sténoses permanentes incomplètes.

Les petites sténoses permanentes ou sténoses incomplètes créent un syndrome qui est interprété assez différemment et qui se rapproche surtout du syndrome dyspeptique. La discussion est loin d'être close sur la part qu'il convient d'attribuer ici aux spasmes. La symptomatologie est assez vague et consiste ordinairement en un peu d'amaigrissement, avec ou sans symptômes toxiques, en douleurs tardives, survenant 4 ou 5 heures après les repas, accompagnées d'éructations, de régurgitations, de vomissements parfois. Les douleurs semblent attribuables aux contractions de l'estomac au moment de son évacuation.

Les signes physiques sont plus précis et plus importants. On note quelquefois des réactions spasmodiques, des contractions péristaltiques de la poche stomacale. Le guide le plus précieux est l'examen du suc gastrique. On doit faire, avant tout, un sondage de l'estomac à jeun. Chez les sujets normaux vous ne retirez rien ou bien peu de chose. Chez les individus ayant au contraire une sténose, même légère, on retire le matin à jeun une certaine quantité de liquide. S'il y a moins de 20 ou 25 cent. cubes, vous n'avez pas le droit de conclure ; si vous avez plus de 50 cent. cubes, vous pouvez dire qu'il y a sténose, à condition que l'existence de ce résidu à jeun soit habituelle et constatée plusieurs fois, à quelques jours d'intervalle. Un autre caractère important à enregistrer est la présence, dans ce liquide, de parcelles alimentaires datant des précédents repas. Retenez donc que, par les sondages à jeun, vous pourrez trouver — et retrouver à plusieurs jours d'intervalle — du liquide dans l'estomac en quantité suffisante et chargé de débris d'aliments. Pour rendre cette épreuve plus nette,

certains auteurs ont recommandé de faire prendre au malade, l'avant-veille ou la veille, des aliments peu digestibles, des raisins de Corinthe par exemple.

Sténoses permanentes complètes

On peut décrire aux grandes sténoses pyloriques (sténoses permanentes complètes) deux types cliniques principaux : le type intolérant avec éréthisme gastrique et le type atonique ou forcé.

1° *Type intolérant.*

Il comporte des signes fonctionnels, physiques et généraux.

En première ligne des troubles fonctionnels, viennent les vomissements. Ils sont abondants, considérables, souvent totaux, l'estomac se vidant alors dès que les aliments arrivent à son contact. Ces vomissements sont tantôt immédiats, faisant penser à la sténose œsophagienne, tantôt plus tardifs.

Les douleurs sont extrêmement variables. Légères ou intenses, elles surviennent au moment où se manifeste la contraction de l'estomac.

Les signes physiques ont, là également. une valeur de premier ordre. Ils consistent d'abord en mouvements perceptibles de la poche gastrique qui affectent deux variétés principales : les ondes péristaltiques et la contraction en boule.

Les ondes péristaltiques ont un intérêt diagnostique prédominant, car elles ne s'observent pas en dehors des sténoses pyloriques. En examinant la région épigastrique on voit une partie de l'estomac devenir saillante, monter pour ainsi dire. alors que la partie voisine s'abaisse, descend, s'aplatit ; c'est une véritable vague, une onde qui se déplace dans un sens déterminé, de gauche à droite. Ce dernier caractère différencie l'onde péristaltique gastrique de l'onde péristaltique du côlon, qui va de droite à gauche. Quelquefois, ces mouvements sont visibles spontanément ; d'autres fois. on doit les provoquer par une ingestion préalable de liquide, par une insufflation légère ou par une percussion de l'organe, par une série de petits chocs. Une seule impression externe ne suffit pas, il est nécessaire d'insister, parfois pendant 4 à 5 minutes.

La contraction massive, en boule, de l'estomac se traduit par une saillie au niveau du creux épigastrique, où se dessine une sorte de tumeur, appréciable à la vue. Ce signe, qui indique généralement une sténose serrée, comporte deux variantes : c'est tantôt une tension intermittente de l'épigastre, provoquée par l'alimentation et durant une à deux heures, tantôt une tension permanente qui se prolonge plusieurs jours ou plusieurs semaines.

Que donne l'examen du suc gastrique ? Il est bon de savoir que le sondage n'est pas très facile en pareil cas, eu égard à l'intolérance de l'estomac et au spasme œsophagien qui s'y associe fréquemment. Vous éprouverez des difficultés à effectuer le cathétérisme ; celui-ci, en outre, est souvent douloureux. Aussi, ferez-vous bien de ne pas en abuser, d'autant que la valeur de cette épreuve, dans ce type de sténose, est de peu d'importance : le malade, vomissant tout, fait le sondage malgré lui.

Quant aux phénomènes morbides généraux, ce sont ceux des sténoses à marche rapide : la constipation opiniâtre, avec des selles tous les 4 à 5 jours seulement, l'amaigrissement, le nervosisme, qui marche d'accord avec l'éréthisme gastrique. Par contre, les symptômes d'ordre toxique, habituels à la sténose avec rétention, ne s'observent pas ; la stase gastrique, en effet, n'existe pas chez ces malades.

En résumé, cette première forme de sténose permanente — type intolérant — a pour ensemble symptomatologique : de l'éréthisme stomacal, des vomissements, des mouvements péristaltiques, de la tension de l'épigastre et une cachexie avec absence de phénomènes toxiques.

2° *Type atonique.*

Le type atonique ou forcé est caractérisé par ce fait que l'estomac ne réagit plus, sa paroi musculaire ne pouvant plus se contracter. La poche stomacale se laisse dilater, garde les aliments, qu'elle rend par intermittences : il y a stase gastrique avec toutes ses conséquences.

Les symptômes fonctionnels consistent en vomissements, bien différents de ceux que je vous ai décrits dans la forme intolérante. Les vomissements sont ici tardifs et se produisent plutôt par regorgement. Ils sont abondants, de plusieurs litres quelquefois, et sont constitués de matières fermentées, souvent putrides. Ils renferment des débris alimentaires de toutes sortes, des liquides, des solides absorbés longtemps auparavant. Ces vomissements manquent dans un bon nombre de cas.

Les douleurs sont variables. D'une manière générale, elles tiennent plutôt à la cause du rétrécissement qu'à la sténose elle-même,

Les signes physiques sont ceux de la dilatation : on trouve un estomac énorme, qui descend parfois très bas. Au palper, on constate fréquemment du clapotage, un bruit de glou-glou. Le sondage à jeun, enfin, peut ramener une très grande quantité de liquide. Si l'on y procède tous les matins, on peut ainsi extraire de l'estomac la presque totalité des aliments solides et même des liquides que le malade a ingérés.

Les symptômes généraux sont assez particuliers. Ce sont : de l'amaigrissement, un sentiment de soif et des symptômes d'intoxication sur lesquels M. Bouchard a insisté. La poche gastrique ne se vidant pas, la stase engendre une série de poisons que la muqueuse résorbe. Ces troubles spéciaux consistent en phénomènes nerveux, instabilité mentale, malaise général, quelquefois tétanie, d'autres fois, une sorte de coma qui disparaît avec les lavages.

Tels sont les deux types principaux de sténoses permanentes complètes ; mais, cliniquement, entre ces types, toute une série d'intermédiaires peuvent se rencontrer. Il n'est pas rare de voir une sténose déterminer alternativement des phénomènes d'éréthisme et de l'atonie, les deux troubles se succédant dans des conditions variables.

Le diagnostic des sténoses pyloriques est généralement assez simple. Il se fonde sur l'ensemble des signes fonctionnels, physiques et généraux. On pourrait s'égarer dans l'appréciation de certains troubles fonctionnels et généraux, comme l'amaigrissement, la cachexie, les symptômes nerveux. Mais, lorsque l'on constate les signes physiques que je vous ai signalés, les ondes péristaltiques, les contractions en boule, les dilatations de l'estomac, on a le droit de porter le diagnostic de sténose pylorique. Je crois que la dilatation essentielle de l'estomac n'existe pas.

Vous serez quelquefois embarrassé, pour préci-

ser le siège de la sténose et déterminer si elle se trouve au niveau de l'œsophage, du cardia, du milieu de l'estomac ou du pylore.

La sténose œsophagienne paraît d'un diagnostic différentiel facile : elle ne l'est pas toujours cependant. On peut hésiter lorsque — ce qui arrive assez communément — la sténose pylorique s'accompagne de spasmes de l'œsophage. Des cathétérismes avec des bougies de calibre progressif fixeront alors sur l'existence d'un spasme ou d'un rétrécissement organique de l'œsophage.

Un point de diagnostic délicat à élucider est la distinction de la sténose pylorique et de l'estomac en bissac. Cette division de la poche gastrique en deux parties est, il est vrai, rare. Elle se reconnaît à deux signes : l'impossibilité d'évacuer complètement le liquide que l'on vient d'introduire dans l'estomac (une partie de ce liquide passe en effet dans la première poche et une partie dans la seconde) et la constatation du clapotage après évacuation de l'estomac à jeun. Toutefois, ces éléments différentiels sont un peu schématiques et, dans la réalité, ils sont loin d'être aussi caractérisés.

La sténose duodénale sous-pylorique est souvent aussi très difficile à distinguer de la sténose pylorique. Il est un petit signe en sa faveur : le liquide retiré de l'estomac peut contenir de la bile, qui s'est déversée directement dans la poche gastrique.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic de la nature de la sténose du pylore. Quelquefois la cause en est très nette. Il s'agit, par exemple, d'un patient qui a ingéré une substance caustique, un acide, un alcali. Dans d'autres cas, les antécédents du malade éclairent le clinicien. Dans la sténose ulcéreuse, on retrouve l'histoire antérieure de l'ulcère, des hématémèses, l'hyperchlorhydrie, l'amélioration par le bismuth, etc. La sténose cancéreuse sera reconnue dans nombre de cas par l'état général, le facies, l'adénopathie, le type de l'hématémèse, les signes locaux, la tumeur pylorique, l'examen du suc gastrique (liquide peu chlorhydrique, acides de fermentation valeur de α (Hayem).

L'ulcéro-cancer est d'un diagnostic beaucoup plus embarrassant, impossible parfois.

Très difficile également serait la distinction entre la sténose organique et la sténose spasmodique permanente. M. Robin admet qu'une grande quantité de sténoses sont d'ordre spasmodique. M. Doyen, de son côté, dit avoir opéré pour des sténoses nombre de malades qui n'avaient rien d'organique, rien d'appréciable à la vue. Sur ce sujet des sténoses spasmodiques permanentes, l'accord n'est pas fait. Le diagnostic du spasme et de la sténose organique serait important puisque la première affection méconnue amènerait à faire des interventions évitables par un bon diagnostic. A la vérité, pour M. Hayem, la question ne se poserait même pas. En face du syndrome sténose pylorique vous devez toujours agir comme s'il s'agissait d'une sténose organique. Les chirurgiens qui ont opéré beaucoup de ces malades déclarent également n'avoir pas rencontré un seul exemple de sténose spasmodique. Dès lors, en pareille circonstance, vous devez vous comporter comme si la sténose était organique ; si elle est complète, quelle qu'en soit l'origine, elle relève de la chirurgie.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

HYDROLOGIE

La cure Châtel-Guyon à domicile.

Les Eaux de Châtel-Guyon, dont la vogue grandissante s'accentue d'année en année et dont les succès ne sont plus à compter, jouissent de l'inappréciable avantage de pouvoir, autant que celles de Vichy, de Vals, et tutti quanti, subir, sans dommage et sans altération, les transports les plus lointains, et de conserver sous le verre leurs propriétés curatives.

Sans vouloir essayer en quoi que ce soit de remplacer la cure faite à la Source par le simple usage de l'eau à domicile, nous devons insister sur le caractère constant que gardent les eaux de Châtel-Guyon en bouteilles dans leur action modificatrice de la nutrition, réparatrice de l'hématose et stimulante de la contractilité musculaire. Cette constatation n'est pas, croyons-nous, pour déplaire aux tributaires de Châtel-Guyon, dont la cohorte se fait chaque jour plus nombreuse, mais qui, malheureusement et pour des raisons diverses, n'ont pas, tous, la possibilité de venir près de nos sources chercher l'équilibre de leurs fonctions digestives perturbées et la réparation de leurs forces perdues ou amoindries.

De même que Châtel-Guyon, après avoir été simplement une gentille station balnéaire offrant à l'estomac des eaux aimablement eupeptiques et aux poumons une atmosphère agréablement ozonisée et revivifiante, est regardée maintenant comme une des places fortes de l'Hydrologie française, son eau d'exportation, sa grande source Gubler a été reconnue pour être à la fois plus et autre chose qu'une boisson hygiénique et une eau digestive de table. Qu'elles soient bues à la source ou à domicile, *les eaux de Châtel-Guyon*, en réalité, *sont toute une médication*. Leur caractère bio-chimique, leur personnalité minérale et leur spécialisation en ont fait un *médicament* de tout premier choix dans des états pathologiques bien définis, médicament complexe, naturel, agissant simultanément sur la nutrition générale et sur les fonctions de l'appareil digestif.

Localement, en effet, les eaux de Châtel-Guyon, dont la caractéristique minérale est constituée par leur forte teneur en chlorure de magnésium, sont *motrices de tout l'appareil digestif*, régulatrices de la fonction intestinale et éliminatrices du bol fécal ; elles sont à la fois *déconstipantes* et *désinfectantes*.

Au point de vue général, tout l'organisme reçoit, par l'absorption de cette « vraie lymphe minérale » (Gubler) *un stimulus intime* vers un meilleur équilibre de toutes les fonctions de l'économie. Les organes profonds se décongestionnent, et l'état général tout entier se désintoxique, se reminéralise et se tonifie.

Et n'allez pas croire que ces heureux bénéfices soient l'apanage exclusif des eaux prises au griffon ; tous ces résultats se peuvent vérifier également avec la cure faite à domicile. Les eaux transportées, surtout quand elles sont, comme les eaux de Châtel-Guyon, fortement minéralisées, conservent en dehors de la station toutes leurs propriétés capitales. C'est le cas pour l'eau de Gubler qui reste semblable à elle-même, mais avec une activité un peu amoindrie, à l'exception encore de sa puissance évacuante, qui subsiste intacte et peu

même devenir une vertu laxative sous telles doses et pour tels organismes.

Toutefois, il ne faut pas oublier que *la médication de Châtel-Guyon à domicile*, qui s'adresse toujours à des états chroniques ou diathésiques, *est un traitement de longue haleine, de plusieurs mois*, et demande, par suite, plus de continuité et plus de persistance de la part du malade. Ajoutons aussi que, avec certaines constitutions, des doses un peu plus élevées qu'à la Source sont parfois nécessaires. C'est évidemment là une question de doigté et d'observation de la part du praticien à l'égard de son client.

* * *

Comment peut-on faire une cure Chatel-Guyon a domicile ? Sous 3 modes différents : *la buvette jéjunale*, où l'on prend sa dose de liquide 1 heure avant les 3 ou 4 principaux repas ; — la *cure de boisson alimentaire*, où l'eau est absorbée en mangeant ; — la *cure mixte*, où l'on associe ensemble les deux procédés de la buvette ante et intraméridiane.

A quelles doses ? De 200 à 1.000 gr. par jour, suivant l'âge, la résistance et la tolérance du malade, suivant aussi le degré et l'ancienneté de son état maladif.

Pendant combien de temps ? Ici encore 3 façons d'opérer : 1° cures répétées de trois semaines, à doses ascendantes, avec un mois de repos entre les cures ; 2° cures répétées d'un mois, à des doses fixes et invariables, séparées par un intervalle d'un mois de repos ; 3° cure continue pendant plusieurs mois de suite.

Quelques exemples. — A. — *Cure ascendante de trois semaines (eau prise avant les repas)* : Première semaine, 2 à 300 gr. *pro die* ; deuxième semaine, 300 à 450 gr. ; troisième semaine, 450 à 600 gr. Un mois de repos, puis reprise, et ainsi de suite indéfiniment s'il le faut.

B. — *Cure égale d'un mois (eau prise à doses fixes et invariables avant les repas)* : Pendant tout le mois, 2 à 400 gr. par jour. Repos d'un mois, puis reprise et recommencer.

C. — *Cure continue* : Boire aux repas un total de 400 gr. à un litre d'eau, *pro die*, pendant plusieurs mois consécutifs.

D. — *Cure mixte* : Boire avant de se mettre à table 100 à 200 gr. d'eau ; terminer le reste du litre pendant les repas. La cure mixte doit être poursuivie un mois au moins, d'ordinaire plus longtemps. Après un mois de repos, la cure mixte pourra être répétée à diverses reprises.

Le choix entre ces divers modes est affaire d'appréciation de la part du médecin traitant. En général, on devra essayer les modes atténués B ou C chez les malades neufs et n'utiliser D et surtout A que chez les aguerris, les récidivants, ou chez les anciens baigneurs.

Chez les enfants. — En dehors de la question de l'utilisation de l'Eau de Gubler sous forme de lavages intestinaux chez les tout petits enfants, que nous ne voulons pas aborder ici, la cure Châtel-Guyon peut être instituée avec fruit à partir de 2 ans, sous les mêmes modes que pour les adultes, mais avec des doses moindres : 50 à 200 grammes ou un peu plus suivant l'âge, et pendant un laps de temps qui ne dépassera pas 3 semaines pour un premier traitement.

* * *

L'Eau de Châtel-Guyon-Gubler, mêlée dans la proportion de 1/3 à 2/3 aux vins blancs secs, aux vins rosés ou gris, au champagne, compose *une boisson extrêmement agréable*. On peut également la mélanger au lait, à la bière et au cidre. Pure, elle sera prise tiédie au bain-marie ou simplement à la température de la chambre, suivant la sensibilité de l'estomac. Mais nous tenons à répéter que son usage peut être poursuivi pendant toute une suite de mois sans qu'il s'ensuive jamais ni fatigue, ni débilitation, ni accoutumance.

Une remarque importante : certains pléthoriques, ou éréthiques, ou cardiaques, supportent mal l'eau de Châtel-Guyon, ou ne peuvent la continuer bien longtemps. Dans ces cas-là, il faut leur prescrire seulement 100 à 200 gr. d'eau à prendre dans les 24 heures et pendant 10 à 15 jours au plus, quitte à recommencer après un temps égal de repos. Chez ces malades, le médecin devra surveiller tout spécialement la fonction intestinale et ne pas laisser s'installer une constipation, même relative.

* * *

La *polyurie* est le premier signe accusé par le malade, qui ne tarde pas à se plaindre ensuite d'un peu *de ballonnement du ventre, de besoins plus fréquents d'aller à la selle*, sans que cependant les gardes-robes deviennent diarrhéiques, et *de pesanteur rectale* avec légère congestion du système hémorrhoïdaire. Toutes ces manifestations de début, peu accusées d'ailleurs, et qui sont vite remplacées par une sensation d'allègement et de bien-être, sont sans importance et ne doivent en aucune façon servir de prétexte à cesser l'usage de l'eau de Châtel-Guyon.

Chez certains malades, quelquefois même avec des doses minimes, on constate un peu d'anxiété précordiale, un pouls plus dur et plus plein qu'à l'état normal, enfin une certaine excitation du cœur. L'indication, dans ce cas, est de diminuer la dose quotidienne, de la suspendre même pendant quelques jours, pour recommencer ensuite à doses fractionnées.

Nous avons observé quelques malades, chez lesquels l'eau de Châtel-Guyon produisait pendant les premiers jours une diarrhée profuse, ou, au contraire, une constipation opiniâtre. Dans le premier cas, il ne faut pas craindre d'augmenter la dose d'eau à prendre en 24 heures et l'on voit la diarrhée céder presque instantanément ; dans l'autre alternative, on se trouvera bien de quelques Comprimés de Gubler ou d'un peu de sulfate de soude pris le matin à jeun en remplacement de la première dose d'eau.

Enfin, il ne faut jamais prescrire l'eau de Châtel-Guyon dans les états aigus ou organiques.

* * *

Tels sont les quelques renseignements généraux indispensables à connaître pour utiliser chez soi les eaux de Châtel-Guyon, à défaut d'un traitement à la station même, ou dans le but de préparer l'organisme à la cure hydro-minérale près du griffon.

Pour être moins rapides, nous le répétons, *les bénéfices de la cure à domicile n'en sont pas moins réels et constants* chez les constipés, les infectés, les dyspeptiques de l'intestin, les entéritiques

avec ou sans muco-membranes, et les hépatiques d'origine intestinale, — tous malades neuro-arthritiques, *tous atones du tube digestif ou atones généraux*, qui reconnaissent en Châtel-Guyon leur vraie patrie thérapeutique, et en l'eau de Gubler leur boisson de cure ou de régime nécessaire.

Dr G. Pessez,
Médecin consultant à Châtel-Guyon.

Eaux-Bonnes et tuberculeux guéris.

On établit très facilement des statistiques de tuberculeux guéris par une médication quelconque : opothérapie, sérothérapie, ou toute autre basée sur une *thérapeutique pathogénique dans ses applications*, suivant l'expression du Professeur Landouzy.

On reproche généralement à ces statistiques, et non sans raison, de faire figurer des guérisons de trop fraîche date et qui n'ont pas la confirmation du temps.

La tuberculose, chez l'homme tout au moins, n'a pas en effet une évolution régulièrement progressive ; elle évolue au contraire par poussées successives et irrégulières, suivies de trêves et même d'améliorations qui peuvent, dans bien des cas, en imposer pour une guérison, mais qui malheureusement ne résistent pas toujours à l'épreuve du temps.

Bien souvent aussi, il faut le dire, le tuberculeux, qui est doté d'une dose d'optimisme, lequel, comme la langue, d'après Esope, est, suivant l'angle sous lequel on l'examine, la meilleure ou la pire des choses, fait tout ce qu'il faut pour que cette guérison ne soit pas définitive, et s'empresse, dès qu'il se sent mieux, de commettre toutes les fautes et toutes les imprudences pour devenir à nouveau malade.

Quoi qu'il en soit, pour croire ces tuberculeux guéris complètement, le médecin exige une patente de guérison de date relativement ancienne.

Les Eaux-Bonnes pourraient lui en montrer un stock remarquable ; et chaque retour de saison thermale ramène dans ce merveilleux coin des Pyrénées nombre de clients reconnaissants, cinquantenaires, sexagénaires et même septuagénaires, qui, dans leur jeunesse, s'y sont guéris de tuberculoses très caractérisées.

Je puis même affirmer, et sans crainte d'être démenti, que ces tuberculeux guéris depuis dix, quinze et même trente ans forment aujourd'hui le bon tiers de la clientèle d'Eaux-Bonnes.

Je n'exagère pas et les sceptiques, s'il y en a au Concours médical, peuvent facilement s'en assurer *de visu* et *de auditu* ; je leur donne rendez-vous à la buvette de la Source Vieille au mois d'août prochain et leur fournirai le moyen bien simple de contrôler mon assertion.

Et je suis certain qu'en lisant ces lignes, les médecins, devant les méthodes expérimentales aujourd'hui fort en honneur et qui ont puisé la connaissance de leur art dans l'Enseignement des vieux cliniciens qu'étaient les Andral, les Louis, les Trousseau, les Pidoux, les Hardy, etc., ne seront nullement surpris et seront vite convaincus.

C'est qu'en effet, si la thérapeutique Eau-Bonnaise n'a pas reçu la consécration expérimentale sous forme d'injections, d'ingestions à des lapins, à des cobayes ou à des bovidés, elle a sa page dans le Livre d'or de la saine clinique, et elle a droit à bien des hommages de reconnaissance pour les vies qu'elle a sauvées.

Les Eaux-Bonnes pourraient établir une longue statistique des tuberculeux guéris, et dont la guérison a subi l'épreuve du temps.

Ne serait-ce pas une œuvre de haute portée antituberculeuse que de réunir le plus grand nombre de cas possible de guérisons remontant à dix ans au moins et obtenues aux Eaux-Bonnes.

Il ne dépend qu'aux confrères que cette question intéresse de me faciliter cette tâche en m'envoyant une observation de trois ou quatre lignes sur ceux de leurs clients rentrant dans cette catégorie.

Je suis convaincu que ce travail que nous publierions en commun aurait une réelle portée et figurerait à la place d'honneur dans les statistiques de guérison de la tuberculose pulmonaire.

Dr Léon Leriche.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement rationnel de la coqueluche.

Dans le traitement de la coqueluche, il est, comme l'a déclaré Marfan, deux indications essentielles : 1° diminuer le nombre et atténuer l'intensité des quintes ; 2° réaliser un certain degré d'antisepsie des voies respiratoires pour empêcher les infections secondaires.

Nombreuses sont les médications qui ont été proposées pour remplir ce double but, mais, en dépit de cette richesse apparente, le praticien ne dispose, à l'heure actuelle, que d'un très petit nombre de moyens dont l'efficacité soit réellement sérieuse.

Encore en est-il certains, parmi eux, qui exposent le malade à de graves inconvénients, voire même à de véritables dangers. C'est ainsi que la belladone, le sulfate d'atropine, le bromoforme, comme, du reste, tous les médicaments actifs, dont on a vanté tour à tour l'activité, peuvent entraîner des accidents toxiques fort alarmants.

Il sera donc prudent de ne pas y recourir lorsqu'on ne pourra surveiller leur emploi de façon constante et attentive.

Par contre, il est un médicament qu'on ne saurait trop recommander en raison de l'innocuité absolue qu'il présente et des résultats vraiment excellents qu'il assure : c'est le Gomenol, essence végétale chimiquement définie, douée tout à la fois de propriétés antiseptiques, anti-catarrhales et sédatives.

L'expérimentation qui en a été faite au Dispensaire Furtado-Heine et dans de nombreux services hospitaliers (Hôtel-Dieu, hôpital Necker, hospice des Enfants-Malades, clinique de la Faculté de Lille, etc., etc.) a été des plus démonstratives, et tous les praticiens qui en ont fait l'essai sont unanimes à le considérer, chez les coquelucheux, comme le médicament de choix.

D'une part, le Gomenol exerce une action réellement élective sur l'élément spasmodique :

sous son influence, les quintes diminuent progressivement de nombre, et cela aussi bien à la période d'état qu'à celle de début ; leur intensité et leur durée subissent la même atténuation, tandis que disparaissent les symptômes secondaires (nausées, vomissements, troubles nerveux et circulatoires) ; puis. à son tour, la convalescence s'affirme dès la première semaine du traitement et la guérison est fréquemment notée au bout du dixième ou du douzième jour.

La méthode de choix consiste en injections hypodermiques d'huile goménolée à 20 %. Ces injections, nullement douloureuses, seront faites chaque jour en progressant, par 1/2 cc. : la guérison sera assurée en 12 à 15 jours, sans bronchite consécutive. Les doses moyennes sont de 3 à 10 cc. selon l'âge.

L'huile gomenolée peut être également utilisée en injections intra-trachéales, soit qu'on suive la méthode simplifiée de Mendel, soit qu'on ait recours aux procédés laryngologiques habituels; on commencera alors par se servir d'huile à 5 % puis à 10 %. Les lavements d'huile gomenolée à 50 % sont aussi très efficaces ; on prescrira un ou deux lavements de 10 à 20 cc. par jour, précédés d'un lavement évacuateur.

Le Gomenol peut être administré sous forme de capsules (4 à 10 par jour.)

Enfin, chez les enfants en bas âge, on obtiendra encore d'excellents effets en donnant une cuillerée à dessert de sirop de Gomenol toutes les heures ou en procédant matin et soir à des frictions thoraciques de baume de Gomenol ; ce baume agit par endosmose et exerce une action calmante très marquée.

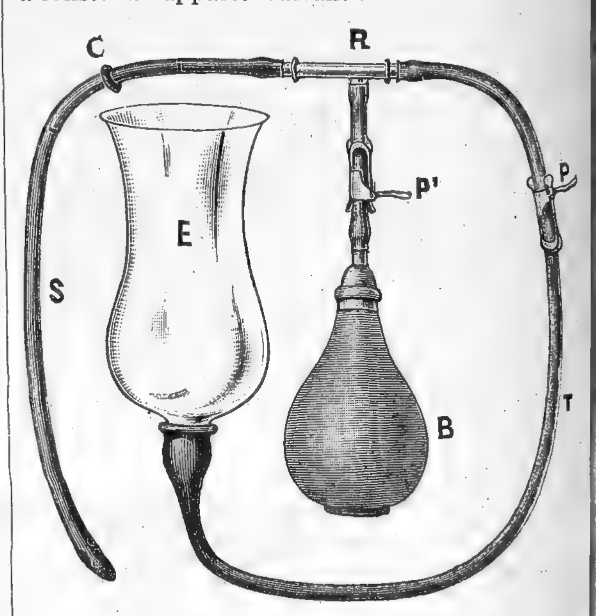
D'autre part, les propriétés puissamment antiseptiques du Gomenol rendent son emploi formel pour empêcher toute complication, toute infection secondaire. Soit qu'on utilise en inhalations et pulvérisations, soit qu'on pratique plus directement l'antisepsie des fosses nasales à l'aide d'onguent gomenolé, on évitera la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie, accidents journaliers dans le cours de la coqueluche et dont la gravité est si souvent redoutable.

Enfin, en dehors de la promptitude de son action curative, le Gomenol, nous le répétons, présente sur les agents médicamenteux un avantage hautement appréciable ; c'est d'être facile à manier et de n'exposer le malade à aucun inconvénient ni danger. Il n'est ni toxique, ni caustique, et sous quelque forme qu'il soit administré, les petits coquelucheux le supportent admirablement.

Un appareil pour le lavage de l'estomac et l'extraction des repas d'épreuve

L'amorçage du siphon avec les tubes généralement en usage pour le lavage de l'estomac ou l'extraction du repas d'épreuve ne se produit souvent qu'au prix d'une certaine difficulté. Pour éviter cet inconvénient plusieurs modifications au tube primitif de Faucher ont été proposées : on connaît le dispositif de Frémont interposant une poire aspiratrice sur le trajet du tube. Afin d'éviter le passage du liquide dans la poire, le professeur Mathieu, modifiant cet appareil, fait passer à l'intérieur de la poire aspiratrice deux tubes de calibres différents s'emboîtant l'un dans l'autre; ces deux tubes, disjoints quand on exprime la poire, sont réunis ensuite, une fois l'appel du liquide déterminé pour lui livrer passage.

Nous avons pensé qu'un dispositif plus simple pouvait rendre les mêmes services et sur nos indications, M. Dechartre, fabricant d'instruments de chirurgie, à Paris, 45, boulevard Saint-Martin, a construit l'appareil suivant :



La poire B est placé non plus sur le trajet du tube mais de côté. Deux pinces presse tube P, et P' permettent d'appeler et de diriger le courant d'air suivant le but qu'on se propose. Le tube sonde S étant introduit dans l'estomac, on ferme en P et on ouvre en P'. Pressant alors sur la poire, on introduit l'air dans l'organe, après dilatation le liquide monte, même si l'estomac n'en renferme qu'une petite quantité. On ouvre alors en P après avoir fermé en P' et le siphon se trouve ainsi amorcé avec la plus grande facilité.

Cet appareil permet d'extraire aisément le contenu stomacal en si petite quantité qu'il puisse être. le malade n'a plus aucun effort à produire et l'on évite, comme dans le système de Mathieu, le passage du liquide par la poire aspiratrice. Il remplace avantageusement toutes les pompes stomacales; on peut s'en servir pour l'extraction des repas d'épreuve, pour le lavage de l'estomac et pour l'insufflation de cet organe.

Docteur A. Lebaupin,
Médecin consultant à Vichy.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La fourniture des médicaments aux assistés.

Plusieurs préfectures viennent de contester à des médecins couverts par l'article 27 de la loi de germinal, le droit de fournir des médicaments aux assistés, et (ceci est un comble) de refuser d'acquitter leurs mémoires pour l'année dernière.

Par un singulier hasard, les chefs de bureau récalcitrants s'appuient sur un arrêt de la Cour de Bastia du 1er mars 1905. Mais ils ont oublié d'y lire que cet arrêt fut rendu contre un médecin *qui avait un pharmacien dans sa résidence.*

Nous avons demandé au Ministère de l'Intérieur si la résistance de ces préfectures était légitimée par quelque document récent, jurisprudence, circulaire, etc...

« Absolument rien de nouveau, nous a-t-on répondu. Les médecins dont vous parlez ont toujours le droit de fournir les médicaments. Quant à refuser le payement de leurs mémoires, ce se serait fantastique, car il eût été élémentaire, même au cas où on leur eût retiré le droit de fourniture, de les avertir au préalable. » On s'est trompé en Corse et en Corrèze dans l'interprétation de l'arrêt de Bastia. Vous pouvez en avertir vos confrères. »

Tel a été le résultat de notre démarche : il était, d'ailleurs, absolument prévu.

La Grande Presse et le Congrès d'exercice illégal de la médecine.

L'un de nos confrères, dont nous donnons plus loin la lettre, a pris la peine de répondre sérieusement, par des arguments, par de la logique, à une des boutades que publia dans le *Journal* sous le titre de : *Carnet d'un Sauvage*, le fantaisiste écrivain et député qui a nom Henry Maret.

S'émouvoir de l'attaque par le paradoxe et le ridicule est parfois (quoique rarement) une nécessité,

En l'espèce, je ne vois pas que le Congrès d'exercice illégal puisse être compromis par la trente-six millième édition d'une épigramme plus ou moins moliéresque attentatoire au monopole de notre diplôme.

Ce n'est pas le député qui a signé la « Chronique du Sauvage », c'est le journaliste condamné à tenir boutique de ce que le snobisme appelle l'originalité et l'esprit. Et, ma foi ! celui-là mérite bien quelque indulgence. Trouver toujours du neuf, le servir à une sauce toujours nouvelle et sur un plat toujours différent, dresser celui-ci dans la plus incommode des attitudes, en voiture, dans les couloirs ou les pas-perdus, souvent après une soirée ennuyeuse de théâtre, à l'heure où le sommeil vous gagne, c'est là œuvre culinaire qui explique vraiment d'intermittents ratés. M. le Dr Damey pouvait donc passer condamnation sur l'accident arrivé à l'écrivain.

Mais il a trouvé mauvais qu'un législateur donne à la masse électorale, qui ne distingue pas toujours entre le badinage et le genre sérieux, l'exemple de l'irrespect à l'égard de la loi et du bon sens : il a eu raison.

D'aucuns diront qu'il a fait preuve d'une jeunesse extrême, enviable pour les blasés et les indifférents que nous sommes trop souvent, hélas !

Nous préférons l'en féliciter et signaler son exemple.

Si les hommes qui inondent la grande presse de leur esprit tarifé à tant la ligne recevaient régulièrement les vigoureuses douches du bon sens révolté, m'est avis qu'ils prendraient leur métier en absolu dégoût et qu'ils finiraient par devenir plus scrupuleux sur la portée de leur prose.

Il est encore une école de gens qui en tiennent pour le rôle éducateur et moralisateur de la presse : c'est ceux-là que nous croyons corrigibles et que nos confrères pourraient tenter de renseigner quand ils se trompent. Mais, ne sont-ils pas, comme les médecins, débordés par l'exercice illégal de leur belle profession ?

Les mauvaises langues l'affirment du moins. Aussi conseil pour conseil.

Plutôt que de combattre notre futur Congrès d'exercice illégal de la médecine, ils feront beaucoup mieux de s'en offrir un pour leur usage personnel, ou de venir s'édifier dans le nôtre.

H. J.

Monsieur et cher Confrère.

Ayant lu hier dans le *Journal* l'article ci-joint, et trouvant que cet article pouvait nuire au corps médical, au moment où va se réunir le congrès contre l'exercice illégal, j'ai adressé à son auteur, les arguments ci-dessous que je vous communique puisque c'est d'intérêt général pour la corporation.

A Monsieur Henry Maret, chroniqueur du *Journal*,

Paris.

Monsieur,

Ayant lu hier dans le *Journal* votre « Carnet d'un Sauvage », relatif à l'exercice illégal de la médecine, je crois devoir vous opposer les objections suivantes, dans cette lettre que je communique au *Concours Médical*, dont je suis membre.

Je ne crois pas que *l'on soit de plus en plus bête*, en combattant l'exercice illégal de la médecine, et ce, pour les raisons suivantes :

1° L'État nous impose, à nous docteurs, pour nous permettre d'exercer, une patente très élevée. Il doit donc logiquement nous défendre contre les gens qui, exerçant illégalement, nous concurrencent. Ou alors, *je voudrais que l'exercice de la médecine fût libre, aussi bien pour les docteurs médecins, que pour les « Guérisseurs ».*

2° On appelle ces gens des guérisseurs : ils doivent donc être beaucoup plus forts que nous, qui ne nous vantons pas de toujours réussir. J'en doute, vu le manque de base, je veux dire de *diagnostic*, qui leur serait au moins utile pour diriger le traitement des maladies. Je suis d'ailleurs personnellement édifié sur ce point, car je connais *tel guérisseur qui ne manque jamais de m'appeler, si lui ou un membre de sa famille vient à tomber malade.*

3° Les études médicales ont pour sanction la délivrance d'un diplôme. Ce diplôme, pour le malade, est une garantie de la compétence de celui qui l'a obtenu. Aussi voit-on chaque jour des médecins poursuivis en dommages et intérêts pour des fautes parfois réelles, mais quelques fois au moins fausses.

Je voudrais alors que le médecin, tout comme le... guérisseur eût la liberté de... tuer ses malades sans crainte de poursuites.

4° On laisse, dites-vous, bien tranquille Anatole qui compose une *spécialité* et la vend à grand renfort de réclame.

Eh bien! non, on ne le laisse pas tranquille, et le cas sera examiné au Congrès contre l'exercice illégal de la médecine, qui se réunira en mai prochain.

Et vous allez voir comment Anatole est un danger social.

Le manque de diagnostic sera, là encore, la cause de tout le mal :

Une personne pâlit beaucoup; sur la foi d'une réclame, elle prend des pilules de la marque X; elle tousse un peu et prend des pastilles V; une autre n'a d'abord que des troubles dyspeptiques, elle prend du vin Y; une autre, sentant diminuer ses forces, prendra l'élixir Z. *Mais ces malaises n'étaient pas la maladie, ils n'étaient que des symptômes*, et, au bout d'un certain temps, ces malades recourent au médecin, car on en finit toujours par là.

Mais, hélas ! il est trop tard et ces malades sont trop souvent des *tuberculeux* qui en se soignant eux-mêmes sont arrivés à la 2° ou même à la 3° période.

S'ils avaient d'abord consulté un médecin, un diagnostic précoce eût permis d'en sauver un grand nombre. Saisissez-vous maintenant?

Je ne vous donne que cet exemple parce qu'il est typique; aussi n'insisté-je pas.

Je doute pourtant que, après votre plaidoyer pour l'exercice illégal, vous en fassiez un autre pour l'exercice légal de la médecine.

Mais, moi médecin, je m'en serais voulu de ne pas l'avoir fait, ce plaidoyer.

Veuillez agréer, Monsieur, etc.

Il y aurait peut-être une campagne à faire dans ce sens, qu'en pensez-vous? Surtout ma 4° objection est, je crois, une corde que l'on pourrait beaucoup faire vibrer.

Croyez à mes meilleurs sentiments,

Dr J. DAMEY.

Voici quel était l'article que j'ai visé :

Carnet d'un sauvage.

On vient encore de condamner un brave homme qui s'était permis de guérir ses concitoyens sans autorisation.

Anatole a formé le projet de gagner de l'argent. Il achète des bouteilles de forme bizarre, les emplit d'eau claire de la rivière, y fait dissoudre un sel quelconque, afin de lui donner un mauvais goût, puis se gratte le nez, en se demandant à quelle maladie il pourra appliquer ce remède. Il choisit celle qui est à la mode pour le moment : neurasthénie, tuberculose, appendicite, il n'importe. Il lance des réclames sans nombre, pour vanter son produit, une spécialité. En peu d'années, s'il sait travailler, il se fait un revenu net de deux ou trois cent mille francs.

On ne reproche rien à Anatole. Anatole jouit de la considération publique. On n'embête pas Anatole ; et l'on a grandement raison, car plaie d'argent n'est pas mortelle, et depuis quand les malins n'auraient-ils pas le droit de s'enrichir aux dépens de la badauderie humaine ?

Cependant Barnabé, lui, est un pauvre diable. Il a cru s'apercevoir qu'en tournant le bras d'une certaine façon, il remettait les poignets en place. Il essaie sur un camarade et réussit très bien. A peine rentré chez lui, tout à son contentement, il reçoit la visite d'un agent, qui lui annonce qu'il va comparaître devant la justice de son pays, pour avoir raccommodé un membre, qui, en vertu du pacte social, avait le devoir de rester dérangé.

La colère des Juifs contre le fils du charpentier, qui parcourait les champs en exerçant la médecine illégale, devrait nous paraître toute simple. Il est bien certain que, tout comme eux, nous l'aurions fourré en prison. A la vérité, nos mœurs s'étant adoucies, à l'heure qu'il est, nous ne le mettrions pas en croix, et nous nous contenterions de le passer à tabac. Mais notre indignation serait exactement de la même nature.

Or, voilà mon souci. Les hommes étant à peu près aussi bêtes en l'an 1906 qu'ils l'étaient en l'an 32, je me demande s'ils ne seront pas encore aussi bêtes en l'an 3780 qu'ils le sont en l'an 1906.

(*Le Journal*, 17 mars 1906.)

Henry MARET.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

La loterie pour le Corps médical.

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine.

Paris, le 15 mars 1906.

Monsieur et honoré Confrère,

Dans sa séance du 12 mars 1906 à la suite d'une longue discussion sur le projet de Loterie Médicale présenté par le docteur Smester, le Conseil général a émis le vœu suivant que nous vous prions de vouloir bien insérer :

« Le Conseil général des Sociétés médicales « d'arrondissement de Paris et de la Seine, très intéressé par la communication du docteur Smester, estime qu'il serait profondément utile pour le « Corps médical tout entier que le projet de Loterie « pût être mené à bien.

« Il émet cependant la réserve que l'affectation « des fonds ne soit pas destinée à la distribution de « secours, mais à la création d'une caisse mutuelle « de retraite pour le corps médical, et les veuves et « enfants de médecins. »

Recevez, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr DUCOR,
Secrétaire général du Conseil.

Nous donnons avec empressement à cette lettre l'hospitalité qu'elle mérite.

La réserve qu'elle formule ; celles qui se sont fait jour à la Société de l'Elysée, si nous en croyons un petit mot parvenu ici hier, de la part du Dr Cauzard, le sympathique délégué pour Paris du « Devoir médical »; les nombreuses objections et difficultés prévues par tous ceux qui ont cherché à réaliser le projet de loterie, prouvent jusqu'à l'évidence que l'action à ce sujet doit être précédée d'une étude très approfondie.

Nous émettons modestement l'avis qu'il y aurait lieu, si on veut aboutir, de demander à l'Association Générale de prendre la seule initiative suivante : « Constituer une Commission mixte où entreraient, par exemple, des représentants des Syndicats, du Conseil des Sociétés d'arrondisse-

ment, du Groupe médical parlementaire, de l'Association de la presse médicale, etc., etc., à côté de Smester et du Bureau de l'A. G. »

Un rapport très étudié de cette Commission dirait une bonne fois si la chose est possible, comment elle se doit faire, à qui confier la terrible charge de l'organisation.

La responsabilité que porterait cette Commission devant le Corps médical tout entier l'empêcherait, on peut en être sûr, de jouer le rôle de tombeau si fréquemment assumé par ses pareilles.

Tous ceux qui veulent que les méfaits de l'encombrement médical soient connus du public, et mis sans fausse honte sous ses yeux, trouveront dans la loterie une occasion meilleure encore que celles fournies par la circulaire Vigne et le roman : « Pauvres Docteurs », pour lesquels nous faisons campagne de propagande.

La gratuité du bulletin de naissance destiné aux mutualités.

L'*Amicale-maladie* demande à chacun de ses candidats de prouver son âge à l'admission par un de ces bulletins de naissance que les mairies délivrent gratuitement, ou à peu près.

Jusqu'ici ce bulletin n'avait jamais été refusé : la lettre suivante prouve qu'il ne peut l'être quand il est destiné à une Société de secours mutuels ; la mairie récalcitrante le reconnaît elle-même et s'excuse gracieusement d'avoir péché par malentendu.

Il n'était pas sans utilité de rappeler ce détail à tous les candidats de l'Amicale qui préparent leur dossier en vue de l'admission dans la séance trimestrielle du Bureau qui aura lieu le 29 mars.

Coulommiers, le 13 mars 1906.

Monsieur le Docteur Mignon, aux Mureaux (S.-et-O.).

Monsieur,

En réponse à votre lettre du 6 mars 1906 qui m'a été transmise par M. Lachèze, j'ai l'honneur de vous informer que si le bulletin ou l'extrait de naissance demandé par M. Lachèze ne lui a pas été délivré, c'est parce qu'il avait omis de faire connaître qu'il était destiné à une société de Secours mutuels approuvée, loi du 18 juin 1850.

Il avait dit « qu'il avait besoin d'établir son âge aux yeux d'une compagnie d'assurances professionnelles contre la maladie, les accidents : l'Amicale Médicale », et sans rien ajouter au sujet du caractère de cette société, caractère que les bureaux sont excusables de ne pas connaître.

L'exemption de timbre et de tous frais ne s'applique qu'aux sociétés de secours mutuels ; les associations syndicales ne pourraient s'en prévaloir.

Contrairement à ce que vous en pensez, je persiste à croire que la théorie de Sollier, qui fait autorité en matière d'enregistrement, au sujet des bulletins, doit être admise et dans le cas qui vous intéresse, en vous servant de la loi du 18 juin 1850, vous pouvez demander sans frais un extrait de naissance pour tous les membres de votre association.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Le Maire,
X.

CHRONIQUE JUDICIAIRE DU « SOU MÉDICAL »

Tribunal civil de la Seine (7e chambre, 19 janvier 1905, et Justice de paix du XIIIe arrondissement de Paris du 3 mars et du 2 juin 1905 (2 jugements).

Cette chronique est dédiée aux médecins assez peu soucieux de leurs intérêts pour n'avoir pas adhéré au « Sou Médical », surtout depuis qu'il garantit ses membres jusqu'à concurrence de 2000 fr. contre toutes actions en responsabilité pouvant leur être intentées et dans tous les cas les exonère de tous frais, honoraires et débours à exposer pour leur défense en leur laissant le libre choix de leurs défenseurs.

Par l'exposé circonstancié du singulier procès que fut obligé de subir un médecin qui d'ailleurs ne faisait pas partie du «Sou», le Corps médical se rendra compte de la nécessité dans laquelle il se trouve de se serrer les coudes et d'opposer la force de la solidarité à l'audace toujours croissante de certains débiteurs récalcitrants, conseillés par des agents d'affaires sans scrupules.

Il existe, paraît-il des cabinets d'affaires dans lesquels se mijotte la malpropre cuisine des actions en responsabilité médicale. Il ne s'agirait plus seulement d'opposer ces sortes de moyens aux demandes en paiement d'honoraires.

Il paraîtrait que des intermédiaires faméliques sont disposés à exploiter contre les médecins et chirurgiens des hôpitaux, eux-mêmes, les récriminations des pauvres diables opérés ou soignés dans les établissements de l'assistance publique. L'assistance judiciaire ne peut guère être refusée à l'indigent qui reproche à un opérateur une faute dont le Bureau de l'Assistance ne peut se faire juge. La crainte de la publicité des débats judiciaires pourra peut-être faire faire à l'homme de l'art qui sera menacé d'un procès un sacrifice pécuniaire. Sinon, on n'aura aucun risque à courir en introduisant, avec l'assistance judiciaire, une action en dommages-intérêts devant les tribunaux.

On mettra en œuvre l'influence d'hommes politiques auxquels on fera croire qu'il s'agit de fournir un appui à l'infortune contre une puissance du corps médical. Et qui sait si l'on n'obtiendra pas quelque chose de la pitié des magistrats, susceptibles de s'égarer dans les incertitudes de questions aussi délicates que la recherche de la faute clinique ou opératoire ? Bien entendu, le résultat, s'il en est obtenu un, profitera pour la majeure partie à l'honnête conseil et, en cas d'échec, il n'y a, pour lui, rien à perdre.

Voici les faits du procès à l'occasion duquel nous faisons les observations qui précèdent. Il ne s'agit encore, jusqu'ici, que d'une demande reconventionnelle en responsabilité opposée à une demande d'honoraires.

Le Dr P..., avait donné ses soins à un sieur B..., jusqu'à ce que celui-ci l'eût quitté pour s'adresser à d'autres docteurs, sans d'ailleurs régler les honoraires du premier. Ceux-ci jugèrent utile une in-

tervention chirurgicale qui fut tentée *in extremis* et à la suite de laquelle le malade succomba. Le Dr P.. resté étranger à cette dernière phase de la maladie, réclama à la veuve ses honoraires, fixés très modestement à la somme de 200 fr. Celle-ci répondit non seulement par un refus, mais par une réclamation de dommages-intérêts en alléguant une faute lourde commise par le médecin dans son diagnostic à l'origine de la maladie et qui aurait eu pour conséquence l'aggravation de l'état du malade et son décès. Au simple exposé des faits, le juge de paix aurait pu apprécier le peu de valeur de cette demande. Cependant il poussa le scrupule jusqu'à ordonner une expertise pour vérifier les assertions de la défenderesse et rechercher si une faute avait été commise, et cette expertise fut confiée au Dr Brouardel.

Jugement du tribunal de paix du XIIIe arrondissement du 3 mars 1905, ordonnant l'expertise.

Nous, juge de paix....,

Attendu que sur la demande en deux cents francs formée par P... à la Vve B., pour honoraires à raison de soins donnés à son mari, la Vve B. forme une demande reconventionnelle en 200 fr. de dommages-intérêts prétendant que P. a commis en soignant son mari une faute lourde engageant sa responsabilité ;

Attendu qu'elle allègue que son mari, satisfait des soins que lui avait donnés P. en 1903, alors qu'il était atteint d'un phlegmon à la gorge dont la guérison a été obtenue, recourut à P. en avril 1904, alors qu'il toussait et se plaignait de douleurs aux poumons ; que P. diagnostiqua une tuberculose pulmonaire ; qu'il conseilla à B... d'aller à la campagne respirer le grand air; que B... passa quatre mois à la campagne, tout en suivant le traitement prescrit par P... ;

Attendu que B... rentrait à Paris au mois d'octobre suivant ; que son état de maladie s'était empiré ; qu'il continua néanmoins à recevoir les soins de P., et à suivre ses prescriptions ; que ce n'est que dans la première quinzaine de décembre que, se sentant très mal, il eut recours aux conseils d'un autre docteur qui l'engagea à faire analyser ses crachats, analyse qui n'avait pas été faite ; que le 13 décembre le Laboratoire de diagnostic bactériologique des maladies infectieuses envoya à P... le résultat de l'analyse en ces termes : « Les crachats apportés au Laboratoire et provenant de M. B... ne renferment pas de bacilles de Koch » ;

Que, le 15 janvier 1905, le Dr S..., nouveau médecin de B... certifia que le 14 décembre une seconde analyse faite par le laboratoire municipal porte que les crachats ne contenaient pas de bacilles de Koch ;

Que le 16 février, le Dr A.., médecin des hôpitaux, atteste que dans les derniers jours de la maladie de B... : « J'ai examiné, dit-il, les produits de « son expectoration au point de vue microscopique ; « je n'ai pas trouvé de bacilles de Koch. D'après cet « examen et l'observation clinique, le malade pa« raît avoir succombé à une pleurésie purulente in« terlobaire » ;

Que la veuve B... fait résulter la faute lourde qu'elle impute à P... de n'avoir pas procédé à cette analyse des expectorations de son mari pour vérifier exactement la maladie dont il était atteint ; que l'absence des bacilles de Koch était la preuve que le diagnostic de P.. était défectueux ;

Que P... conteste au tribunal le droit de rechercher si une analyse doit être pratiquée par le médecin, alors qu'il est absolument certain de son diagnostic et que cette certitude résulte autant de son expérience personnelle que du caratère classique de la maladie et de ses manifestations.

Que, contestant au Tribunal le droit de trancher une question d'ordre scientifique, d'appréciation de pratique médicale, il lui reconnaît le droit de rechercher s'il y a eu de la part de l'homme de l'art imprudence, négligence, défaut de soins et maladresse manifeste ;

Attendu que P... pose ainsi la question telle qu'elle doit être posée au Tribunal ; que c'est parce qu'il n'a pas à trancher une question d'ordre scientifique, d'appréciation médicale, que le Tribunal, pour apprécier s'il y a faute engageant la responsabilité du médecin, doit confier cette mission à un homme de l'art, lequel dira si le médecin qui diagnostique une tuberculose pulmonaire doit s'assurer de la vérité de son diagnostic par l'analyse des expectorations ; si la présence ou l'absence des bacilles de Koch dans ces expectorations est indispensable à connaître pour savoir si la maladie est la tuberculose pulmonaire ou une autre affection telle que la pleurésie purulente interlobaire ;

Si cette omission de P... entraîne une responsabilité et constitue une faute lourde,

Dit que par Brouardel expert, il sera procédé à l'expertise, afin de dire si P... devait procéder à l'analyse des expectorations de B... pour rechercher la présence ou l'absence des bacilles de Koch ; si l'absence de ces bacilles était de nature à modifier le diagnostic et le traitement ordonné par P...; si, en ne faisant pas cette analyse, P... a commis une faute engageant sa responsabilité : que l'expert s'entourera de tous les éléments soit verbaux soit écrits qu'il jugera utile de se faire produire pour éclairer sa religion et celle du tribunal.

Réserve les dépens.

Le professeur Brouardel, mis en œuvre par la justice, fit un rapport dont nous croyons devoir donner le texte intégral. Dans ce travail des plus remarquables et des plus complets comme tout ce qui sort de la plume et du cerveau de l'éminent doyen, rien n'a été négligé pour dégager les éléments susceptibles d'éclairer le juge sur l'inanité de la demande en responsabilité. Nous pensons qu'il est intéressant, au point de vue scientifique, de le publier intégralement :

Rapport d'expertises :

Je soussigné, Paul Brouardel, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, etc..

Des explications échangées entre M. le Dr P... et Mme B...., il ressort qu'il *n'y a pas de contestation sur le taux des honoraires.*

Madame B... refuse de payer les honoraires demandés par le Dr P. parce que celui-ci *se serait trompé sur le diagnostic de la maladie dont son mari est atteint.*

Des renseignements recueillis, il résulte que le Dr P... a donné des soins à M. B... depuis janvier 1904 jusqu'à novembre 1904.

A ce moment M. P... a été remplacé par le Dr S. L.

M. B... est mort le 10 janvier 1905. Les conditions dans lesquelles le changement de médecin s'est effectué ne sont pas bien établies, Mme B... déclare que, en novembre 1904, M. P... a refusé de se rendre à l'appel du malade. Le Dr P..: déclare que, lorsqu'il s'est présenté chez M. B..., on lui a répondu que celui-ci était parti pour la campagne. L'incident, *en l'espèce, ne paraît pas d'ailleurs avoir d'importance.*

Les symptômes et les accidents survenus entre les mois de novembre et de janvier sont les suivants. M. B... était âgé de 38 ans. En janvier M. B. toussait, en février, il eut un abcès de la gorge. Depuis lors le malade n'a cessé de tousser et de cracher. Les crachats étaient abondants, blancs, épais. M. B... avait de la fièvre, des sueurs profuses, il n'a pas eu de diarrhée. Il eut à diverses reprises des hémoptysies, notamment vers le mois d'avril. Leur abondance a été discutée par les parties mais Mme B... elle-même reconnaît que pendant

une nuit d'avril elle a envoyé chercher le Dr P... à cause des crachements de sang.

L'exactitude de ces divers renseignements est reconnue par les parties. Je n'insiste pas sur l'examen des poumons par la percussion ou l'auscultation parce que Mme B... ne peut discuter leur existence ni leur valeur.

En juin, M. B... a été envoyé à la campagne ; il est revenu en juillet. Dans la lettre jointe, Mme B... dit que le Dr L... à Château-Chinon lui a donné des *soins et lui a dit que son mari avait une bronchite chronique.*

Ce terme est l'euphémisme employé habituellement pour désigner une tuberculose pulmonaire.

Il n'y a donc pas contradiction entre le diagnostic des Drs S... et P... et pendant toute cette période *le diagnostic de tuberculose pulmonaire semble justifié.*

Au moment où M. le Dr P... a cessé de donner ses soins à M. B..., c'est-à-dire en novembre 1904, que s'est-il passé ?

Les renseignements que nous avons sont les suivants :

Deux analyses de crachats faits par le Laboratoire de diagnostic bactériologique des maladies contagieuses, 13 décembre 1904 et 9 janvier 1905.

L'examen n'a pas permis de constater la présence de bacilles tuberculeux dans les crachats. Le 15 janvier 1905 le Dr S. L.. le confirme par un certificat.

Le 16 février 1905, le Dr A... médecin des hôpitaux, certifie que, dans les derniers jours de la maladie, *il n'a pas trouvé de bacilles de Koch.*

Il ajoute : « D'après cet examen et l'observation clinique, le malade paraît avoir succombé à une pleurésie purulente interlobaire. »

Le 10 janvier les médecins se décident à une opération (ouverture de la poitrine, section de 3 ou 4 côtes, opération dite d'Eslander). Le malade meurt pendant l'opération pratiquée par les Drs G..., A... et S. L..; la dame B... ignore s'il est sorti du liquide après l'ouverture de la poitrine. Pendant cette deuxième phase, il n'est pas contestable qu'il y ait eu une pleurésie purulente enkystée. A quel moment s'est-elle développée ? Il ne semble *pas que le diagnostic ait été fait avant la fin de décembre* ou les premiers jours de janvier, car les médecins ne se sont décidés à pratiquer l'opération que le 10 janvier.

Il *semble peu probable*, par conséquent, que cette pleurésie purulente *ait pu exister et en tous cas être diagnostiquée* en octobre ou en novembre, *puisqu'elle ne l'a été que six s maines ou deux mois plus tard, par des médecins très compétents.*

Si on considère l'évolution de la maladie à laquelle B... a succombé depuis son début jusqu'à sa terminaison, il semble établi que celui-ci *a été atteint d'une tuberculose pulmonaire* caractérisée par la toux, la fièvre, les crachats, les hémoptysies, les sueurs profuses, puisque vers les derniers jours de novembre ou les premiers de décembre, il est *survenu à titre de complication* une pleurésie, manifestation pleurale de la tuberculose pulmonaire, et c'est à cette *complication, accident secondaire,* que B.. a succombé.

Il reste a expliquer *l'absence de bacilles de Koch dans* les crachats examinés en décembre et en janvier.

Les bacilles ne se trouvent pas dans *les crachats tant qu'il n'y a pas, dans les bronches,* d'ulcérations *leur permettant de sortir des noyaux tuberculeux* dans lesquels ils sont emprisonnés : cette période d'ulcération où la tuberculose est dite ouverte.

D'autre part, on sait que, sous des influences diverses dues à l'évolution de la maladie vers *la guérison et même quelquefois seulement de la guérison locale d'un foyer ouvert,* on peut *trouver*, en faisant des examens à des époques diverses, tantôt *des bacilles, et tantôt n'en pas trouver.*

Il est possible que si on avait fait cette recherche pendant les mois qui ont précédé novembre, *on aurait constaté la présence des bacilles et qu'ils aient ensuite disparu.*

Cette épreuve n'aurait la valeur *d'une preuve contraire à l'existence de la tuberculose* que si on avait injecté à des cobayes les liquides examinés.

Même lorsqu'on n'a pas trouvé des bacilles tuberculeux par l'examen microscopique, cette inoculation donne souvent, par le développement de la tuberculose chez ces animaux, la preuve que *ces liquides proviennent de lésions tuberculeuses.*

En résumé,

Pendant la période qui s'est écoulée entre janvier et novembre 1904, il ne semble pas possible d'attribuer les accidents observés *à une affection autre que la tuberculose pulmonaire.* Au cours de cette maladie, vers le mois de novembre, les lésions pulmonaires se sont accompagnées de manifestations pleurales, complications fréquentes de la tuberculose pulmonaire.

Il s'est formé une pleurésie interlobaire ; celle-ci malgré une opération pratiquée *in extremis* a déterminé la mort.

L'évolution de la maladie n'autorise pas à penser que le Dr P., ait commis une erreur de diagnostic, et en se fondant sur cette prétendue erreur pour refuser les honoraires demandés par M. P., Madame B. émet une raison non justifiée.

2 mai 1905. Signé : Brouardel.

Devant le juge de paix, la Vve B... ne s'est pas inclinée devant un rapport aussi solidement documenté et déduit. Elle a soulevé contre le rapport des critiques et des contestations. Il va de soi que, quand nous parlons de la Vve B.., nous voulons parler du mandataire qui la représentait devant la justice, et qui alimentait par les ressources de son esprit de chicane ce procès qui eût dû être enterré dès l'origine.

Le juge de paix ne put faire autrement que de conformer sa décision à l'avis de M. le professeur Brouardel.

Voici le texte du jugement définitif rendu le 2 juin 1905 :

Nous, juge de paix,

Attendu que les reproches élevés par la dame B.. contre le rapport de l'expert sont sans fondement ; que si la dame B... avait des explications à fournir, elle n'avait qu'à faire parvenir à l'expert ses dires et à demander la comparution des parties.

Au fond,

Que les symptômes de la maladie dont son mari était atteint, sont ceux de la tuberculose ; que le traitement prescrit par P... était celui qui était indiqué par le diagnostic ;

Que si les crachats ne contenaient pas de bacilles de Koch, cette absence s'explique parce que la tuberculose était dans la période dite fermée, c'est-à-dire que la muqueuse pulmonaire étant intacte forme un filtre infranchissable aux bacilles ;

Que la pleurésie interlobaire est un des accidents qui survient dans la tuberculose et qui en est comme la conclusion ;

Qu'il y a donc lieu d'adopter les motifs du rapport d'expert et de l'homologuer ; que de ce qui précède il en résulte le mal fondé de la demande reconventionnelle.

Sur les dépens :

Que la dame B... supportera tous les dépens dans lesquels entreront le coût du rapport, honoraires de l'expert, etc.

Par ces motifs,

Déboute la dame B... de sa demande reconventionnelle;

Homologue le rapport de l'expert ; en conséquence condamne Mad. B... à payer au Dr P. la somme de 200 francs pour les causes sus-énoncées et en tous les dépens.

La dame B... ne se tint pas pour battue. On lui fit interjeter appel. L'affaire vint devant la 7e

chambre du tribunal civil, où les intérêts du Dr P... furent confiés à Me Gaston Bailleul.

Mme B... sollicita du tribunal la nomination d'un nouvel expert.

La 8e chambre du tribunal de la Seine, présidée par M. Ucciani, refusa à la veuve B... cette nouvelle mesure d'instruction, parfaitement inutile après le rapport circonstancié du professeur Brouardel.

Par jugement du 19 janvier 1906, il confirma la décision du juge de paix du XIIIe arrondissement, débouta Mme B... de sa demande et la condamna aux dépens.

Nos lecteurs peuvent juger, d'après cette succession de procédures, de l'acharnement mis par certains clients et leurs conseils officieux pour ne pas payer les médecins et tâcher de les déconsidérer, alors qu'ils ont fait tout leur devoir et qu'une faute légère, laquelle serait d'ailleurs insuffisante pour engager leur responsabilité, ne peut pas même être relevée contre eux. N'est-ce pas la démonstration de l'utilité des œuvres de défense professionnelle telle que le « Sou Médical » ?

Mœurs nouvelles

Les trois documents ci-dessous sont à publier sans commentaires. Faisons remarquer cependant que les Cies d'assurances et les philanthropes présidents de quelques S. S. M. avaient déjà songé a ces procédés. Est-elle assez coquettement violée la liberté de confiance du malade en son médecin ! Mais cela n'empêche pas qu'on lui consacre les plus belles périodes oratoires et qu'on ne se passe l'anodine fantaisie d'en inscrire le principe dans les lois pour duper ces bons gogos d'électeurs.

A., le 9 mars 1906.

Monsieur le secrétaire du « Sou médical »,

Auriez-vous l'obligeance de soumettre la sommation incluse aux savants conseils judiciaires du Concours et les prier de donner leur appréciation sur les points suivants :

Un huissier peut-il faire semblable sommation à la requête de personnes qui se substituent à une autre en la déclarant, contrairement à ce qui est de notoriété publique, atteinte d'aliénation mentale ?

Un gendre qui est avec sa belle-mère dans les termes que fait supposer la nécessité d'une pareille sommation n'encourt-il aucune responsabilité vis-à-vis des médecins, du fait de mettre ces médecins dans la nécessité de surseoir à une opération désirée, décidée, réclamée par la malade, et qu'ils ont acceptées, pris jour et heure pour réaliser ?

Un huissier et un gendre n'encourent-ils pas des responsabilités du fait de se porter de leurs personnes, vis-à-vis la porte d'une malade, à son insu et malgré elle, pour empêcher ces médecins de tenir leur promesse ou tout au moins de se présenter chez elle pour se mettre à sa disposition pour ce qui lui conviendrait de décider.

Il y a là, me semble-t-il, un fait original, intéressant un peu toute la corporation médicale et qui mérite attention.

En l'espèce, l'opération n'avait nul caractère d'urgence, mais tel cas pourrait se présenter, une hernie étranglée, par exemple, où un gendre sommant les médecins de surseoir à l'opération demandée et promise, jusqu'à ceci et cela (voir la sommation), le hernieux mourrait, fournissant à un autre gendre l'occasion d'actionner ces médecins pour n'avoir pas tenu leur promesse de ne pas laisser mourir le malade au moins sans avoir été opéré.

Dr A.

Copie de l'assignation.

L'an mil neuf cent six, le cinq mars, à la requête de Mme Z... épouse de M. Z. avec lequel elle demeure à Y., et ce dernier, tant en son nom personnel au besoin que pour l'assistance et l'autorisation, à l'égard de la dame son épouse, élisant domicile en mon étude.

La dite dame, agissant en sa qualité de seule et unique enfant de Mme U., propriétaire, rentière à Y.

J'ai, G., huissier près le tribunal civil de première instance séant à Y. y demeurant soussigné, fait sommation à M. A., docteur en médecine, demeurant à Y. parlant en sa personne rencontrée à Y, à neuf heures cinq minutes du matin, et à M. B. docteur en médecine à R., par copie séparée,

D'avoir à surseoir à l'opération projetée sur Mme U. sus-nommée, tant qu'ils n'auront déposé un diagnostic fondé logiquement sur des symptômes, et tant que ce dit diagnostic n'aura pas été examiné par les professeurs de la faculté de médecine de Paris ayant examiné la malade et qui sont d'avis jusqu'ici d'éviter toute opération.

Leur déclarant que la requérante, ès qualités, s'oppose dès à présent à ce que cette opération soit pratiquée : qu'elle se substitue à la personne de sa mère qui ne paraît plus avoir toute sa raison à cause de sa maladie et de son âge, et qu'au cas où les signifiés pratiqueraient la dite opération au mépris de la présente défense, elle entend les rendre personnellement responsables des conséquences qui pourraient s'en suivre sans préjudice de tels dommages-intérêts qu'il appartiendra.

Sous toutes réserves.

A ce qu'il n'en ignore.

Et je lui ai, étant et parlant comme dessus, laissé et signifié la présente copie de mon exploit sur une feuille de timbre spécial à 60 centimes.

Coût quinze francs 20 centimes,

Signé

Réponse du Conseil judiciaire du « Sou médical ».

Mon cher docteur,

Je réponds aux questions qui sont posées dans la lettre du Dr A. du 9 mars.

Un huissier n'est pas, en principe, responsable du mal fondé des prétentions émises par les parties qui requièrent son ministère pour signifier une sommation ou une déclaration quelconque. Il n'est qu'un intermédiaire et, pour ainsi dire, un porte-plume.

Toutefois, au cas où la rédaction de son acte manquerait aux convenances, ou encore si un huissier avait sciemment prêté son ministère à une manœuvre indélicate, il pourrait être l'objet d'une mesure disciplinaire. Dans ces cas, la voie à suivre est le dépôt d'une plainte au procureur de la République. Dans l'espèce, ce serait Mme U. qui aurait le droit de porter cette plainte, en signalant ce caractère anormal de l'acte, et l'atteinte portée à son droit de se faire soigner d'après les indications qui lui sont données par les médecins en qui elle a confiance. A moins de circonstances, qui justifieraient l'intervention exceptionnelle des époux Z. fille et gendre de l'intéressée, il est probable que le parquet et la chambre des huissiers donneraient tout au moins un avertissement à l'huissier qui a signifié l'acte du 5 mars 1906.

Mais la responsabilité de l'acte incombe avant tout à ceux qui l'ont fait signifier.

Ce ne serait guère que la malade, et non pas les médecins, qui pourrait intenter une action en dommages-intérêts contre la personne, parente ou non, dont l'intervention intempestive aurait eu pour conséquence un refus des médecins de lui continuer les soins ou de pratiquer l'opération que nécessitait son état. Il y a là une pure question de fait, qui peut être solutionnée différemment suivant les circonstances et les conséquences que la signification aura pu entraîner pour le malade.

Il est bien entendu que si celle-ci est saine d'esprit et si elle consent à une opération, les médecins n'ont pas à s'arrêter à une sommation de ce genre. Toutefois, pour éviter des ennuis et mettre à couvert leur responsabilité, ils feront bien de provoquer une consultation, si c'est possible, avec un de leurs confrères dont l'autorité soit reconnue. Comme malgré toutes les précautions une opération peut aboutir à un insuccès, il faut ne rien négliger pour se garantir contre toute action en responsabilité. Il y aurait lieu de signer un procès-verbal motivé de cette consultation avant d'opérer.

J'ajoute que lorsqu'il y a lieu à intervention urgente et que la nécessité n'en est pas discutable, comme par exemple dans le cas où un malade est atteint d'une hernie étranglée les médecins n'ont pas à tenir compte d'une sommation d'un parent, peut-être intéressé au décès de leur client, ou bien ignorant du danger qu'il court et des moyens de parer à ce danger. Dans ce cas encore, je leur conseillerais de rédiger une consultation motivée et de la signer.

Recevez l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Georges GATINEAU,
Avocat à la Cour,
Conseil du « Sou médical. »

Une grosse contestation d'honoraires.

Nous empruntons au « *Droit médical* » qui mène avec nous le bon combat pour la défense judiciaire des intérêts du praticien, le jugement suivant et les réflexions qui l'accompagnent.

MM. les Drs C. et B., membres du « Sou médical », engagèrent leur action judiciaire, il y a trois ans, après avoir reçu conseils, avis, indications de notre Société, après expertise de leur note par notre si dévoué secrétaire général. Nous sommes heureux d'apprendre, même par voie indirecte, le succès de leur revendication, parce qu'elle prouve une fois de plus l'exactitude des données sur lesquelles fut établi le Tarif qui porte le nom du Rédacteur en chef du « *Concours Médical* », et le devoir pour le praticien de s'appuyer sur elles en pourchassant crânement la mauvaise foi des clients récalcitrants.

I

Tribunal de la Seine ; Jugement du 2 mars 1905. — Appel ; Arrêt de la Cour de Paris du 23 novembre 1905. — Honoraires du médecin ;

Par M. Ch. BAFFREY,
Conseiller à la Cour de Paris.

La loi n'a pas fixé et ne pouvait fixer le tarif des honoraires que les médecins peuvent réclamer pour les soins qu'ils donnent librement à des particuliers. Aussi leur est-il accordé une action pour obtenir le payement de ces honoraires.

Le juge appelé à statuer sur une demande en payement d'honoraires doit tenir compte : de l'importance de la maladie ou de l'opération, de la condition sociale et de la position de fortune de la personne traitée, de la situation plus ou moins éminente du médecin, de l'éloignement du malade, de la perte de temps, des difficultés plus ou moins considérables qu'éprouve le médecin pour ses visites, de la longueur de ses visites eu égard aux soins particuliers à donner lors de chacune de ses visites, des opérations qu'il a faites et des soins consécutifs qu'ont nécessités les opérations.

Les docteurs C... et B... n'ayant pu obtenir des époux L... payement de leurs honoraires pour visites, opérations et soins consécutifs donnés à Mme L..., se sont adressés au Tribunal civil de la Seine, qui à l'audience du 2 mars 1905, a rendu le jugement suivant :

« Le Tribunal :

« Attendu que les docteurs C... et B... réclament aux époux L..., le premier la somme de quatre mille cinq cent soixante-dix francs, et le second celle de neuf cent-trente francs, pour soins, opérations et soins consécutifs donnés à la dame L... pendant les années 1901 et 1902 ;

« Attendu que les époux L... contestent la dite créance ; qu'ils ont offert, suivant procès-verbaux de Thiellement, huissier, du 20 mai 1903, et déposé à la Caisse des dépôts et consignations, au docteur C.. la somme de trois mille six cent vingts francs, et au docteur B... celle de trois cent quatre-vingt-quinze francs, et qu'ils se portent reconventionnellement demandeurs, en demandant au Tribunal de valider les dites offres :

« Attendu qu'il résulte des documents versés aux débats que la dame L... a dû subir une grave opérations à Garches, où elle se trouvait en villégiature ; que les époux L... ne contestent ni les visites antérieures à cette opération, ni les honoraires demandés pour ces visites, pas plus que ceux de l'opération elle-même ; que leur seule contestation repose sur les honoraires réclamés par le docteur C... pour les visites précédant immédiatement ou consécutives à cette opération, pour lesquelles il réclame des sommes variant entre trente-cinq et cent francs ;

»Mais attendu qu'il est incontestable que l'opération subie par la dame L... était des plus sérieuses ; que le docteur C... était obligé de se rendre à Garches deux fois par jour pour faire les pansements nécessaires ; que, sous peine d'abandonner complètement sa clientèle habituelle, il devait faire un de ces voyages le matin et le second dans la soirée ; que ces absences, en dehors des frais qu'elles occasionnaient, étaient d'une durée minimum de trois heures, et qu'en tenant compte tant du dérangement que de la perte du temps, les honoraires qu'il réclame de trente francs pour les visites du soir, ne sont pas exagérés ; qu'il peut être regrettable pour les époux L... que la dame L... soit tombée malade à Garches, mais que le médecin qui l'a soignée ne peut supporter les conséquences de ce fait ;

«Que c'est à tort également que les époux L... contestent la somme de cent francs réclamée par le docteur C... appelé brusquement et obligé de passer la nuit à Garches, le 21 septembre, celle de cent francs pour une petite opération, le 10 octobre, et celle de soixante francs pour la consultation avec le docteur D... ;

« Attendu, en ce qui concerne le docteur B... que les honoraires qu'il réclame sont également justifiés, sauf, toutefois, en ce qui concerne une assistance à l'opération ; qu'en lui allouant de ce chef la somme de cent cinquante francs donnée aux deux autres médecins qui sont venus aider leur confrère, il lui sera accordé une juste rémunération des services rendus ;

« Qu'en raison du procès-verbal d'offres fait, L... agissant tant en son nom personnel que comme maître des droits et actions de sa femme, il échet de condamner les époux solidairement, alors surtout que les dits époux sont mariés sous le régime de la séparation de biens, avec exclusion des dettes contractées au cours de la communauté.

« Par ces motifs :

« Condamne les époux L... conjointement et solidairement à payer au docteur C... la somme de quatre mille six cent quatre-vingts francs et au Dr B..., celle de six cent quatre-vingts francs, avec les intérêts tels que de droit, etc... »

Sur appel interjeté par M. et Mme L..., la Cour d'appel de Paris a, le 23 novembre 1905, confirmé purement et simplement le jugement entrepris et condamné les appelants aux dépens.

CORRESPONDANCE

L'exercice illégal de la médecine.

15 mars 1906.

Mon cher Confrère,

Quelques documents qui, si vous les jugez intéressants, pourraient être transmis à l'un des rapporteurs du prochain Congrès sur l'exercice illégal de la médecine :

Un des nombreux médecins ambulants qui exploitent périodiquement la ville où j'exerce, envoie à l'une de ses victimes, de situation fort modeste, un colis composé de deux flacons d'un demi-litre et une ceinture ou bandage (car la consultation finit d'ordinaire par la découverte de quelque déplacement d'organe, particulièrement l'estomac). Le colis arrive en mauvais état, un des flacons est brisé ; le client réclame immédiatement à la Compagnie de chemin de fer le montant du flacon ; il produit à l'appui de sa demande la facture du célèbre spécialiste parisien (bien connu de tous ceux qui souffrent), facture *s'élevant à 174 fr. et quelques centimes et où chaque flacon est tarifé 27 fr.* — je vous garantis l'authenticité de cette intéressante aventure.

Qui nous débarrassera du médecin (?) ambulant, pour le bien commun des malades et des médecins consciencieux ?

***

Autre genre ; voici la copie d'un original que je tiens à votre disposition. C'est une lettre écrite par un des nombreux curés de campagne qui s'occupent illégalement de médecine à la mère d'un de mes malades des environs :

Madame,

Auriez-vous la bonté de m'appeler chez vous lorsque le médecin viendra voir notre cher malade. Je serais désireux d'essayer d'une médication, qui n'est aucunement dangereuse, mais que je ne voudrais pas conseiller sans m'entendre avec le médecin. Il s'agirait d'hydrothérapie sans bains. Ce serait seulement avec des linges trempés dans l'eau, et dans lesquels le malade resterait couché pendant plusieurs heures... étant d'ailleurs fortement couvert. Ce genre de médication porte le nom de manteau espagnol. Il calme et fait dormir.

Veuillez agréer mes salutations respectueuses.

P. H.

Curé de C.

1er septembre 1905.

Jolie perle à conserver, n'est-ce pas ?

Dr D.

Le « tout compris » et le tarif Dubief

F., 15 mars 1906.

Monsieur le Directeur du *Concours*.

A propos du « *tout compris* », voici comment les choses ont été arrangées à F. Lorsqu'un ouvrier a été soigné à l'hôpital par son médecin, ce dernier sera payé par la commission administrative. Ainsi, ayant soigné un ouvrier pour une fracture de cuisse, et n'ayant le droit de réclamer ni au patron ni à l'ouvrier, j'ai réclamé à la commission de l'hôpital ma note d'honoraires (110 fr.) Il a été fait droit à ma demande et il en sera de même chaque fois que pareil cas se présentera. D'ailleurs, si je n'avais pas obtenu gain de cause, mes confrères et moi, nous étions décidés ou bien à exiger immédiatement un traitement pouvant compenser la perte de nos honoraires pour les accidents du travail ou bien à cesser tout service.

Voulez-vous me permettre d'ajouter un mot relativement au nouveau tarif d'honoraires pour les accidents du travail.

Ici, nous ne l'accepterons *dans aucun cas.* Nous ne soignerons les ouvriers que s'ils se présentent chez nous munis d'un mot du patron les envoyant chez l'un de nous pour y recevoir les soins nécessaires.

Si nous n'obtenons pas gain de cause de cette façon, nous ne marcherons pas et nous verrons bien qui sera obligé de céder. Nous ne connaissons pas les Compagnies d'assurances, nous ne voulons pas connaître davantage l'Etat. Tirer des kilomètres à 0,40 et à 0,20 ; faire des visites et des pansements à 1 fr. 50, des certificats à 2 fr. — cela jamais !

Agréez, Monsieur le Directeur, etc.

Dr F.

RÉPONSE. — Nous publions votre lettre avec empressement, et à titre d'exemple. Il y a donc encore chez nous des professeurs d'énergie.

Une rectification.

13 mars 1906.

Mon cher et honoré confrère,

Un journal, dont j'ignorais l'existence, me fait figurer au nombre de ses collaborateurs. Je suis sûr de n'avoir point fait un appel inutile à la courtoisie de son rédacteur en chef en le priant de rectifier son erreur, sans doute née d'une confusion de noms. Mais, en attendant la publication de son prochain numéro, j'ai recours à votre obligeance et vous me rendriez un confraternel service en insérant cette rectification.

Dr Charles ESMONET.

REPORTAGE MÉDICAL

XVe Congrès International de Médecine. (Lisbonne, 19-26 avril 1906.) — Le Comité exécutif du XVe Congrès International de Médecine s'est assuré un nombre considérable d'appartements (chambres à 1 lit, ou, pour la plupart, à plusieurs lits), au prix de 6, 8 et 10 francs par lit, suivant la catégorie. Il y a aussi quelques logements avec pension, à 15 francs par personne.

On payera les tickets à la gare du Rocio (entrée à Lisbonne, en arrivant par chemin de fer) et pour la durée du Congrès, soit huit jours.

Il y a toute facilité pour les repas dans les restaurants et hôtels de Lisbonne, ainsi que dans le restaurant du Congrès.

Tous les logements seront distribués au fur et à mesure qu'arriveront les demandes : celles-ci sont à adresser, avant le 31 mars, à M. Manoel José da Silva, Palacio Foz, Praça dos Restauradores, Lisbonne, qui est chargé de ce service.

L'affaire des voyages est définitivement réglée avec les chemins de fer français, espagnols et portugais qui permettent aux congressistes d'effectuer le voyage de retour par un itinéraire différent de celui de l'aller, toujours en bénéficiant de la réduction de 50 %, à condition que l'aller et le retour se fassent par voie ferrée.

Le Comité du Congrès commencera ces jours-ci l'envoi des cartes spéciales uniformes pour les compagnies des trois pays.

Nous apprenons en ce moment qu'aussi les chemins de fer italiens accordent la réduction de 50 %.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale p ur ublications périodiques médicales

Vingt-huitième année — N° 13 — 1er MARS 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

DEUXIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU PATRONAGE MÉDICAL

(Mercredi 14 mars 1906.)

M. le Dr Gassot, président, ouvre la séance à trois heures. L'assemblée désigne comme assesseurs : M. le Dr L Leriche et M. Parès, et comme secrétaire de la séance, M. le Dr G. Dupont.

Le président constate que la convocation a été faite dans la forme prévue, que les chiffres de la feuille de présence et toutes autres formalités dûment remplies permettent à l'Assemblée de délibérer valablement.

Il donne la parole à l'un des gérants, M. le Dr Maurat qui, au nom du Conseil d'administration, lit le rapport suivant et en commente minutieusement les divers passages, afin d'édifier pleinement les Sociétaires présents.

Rapport du Conseil d'administration

Messieurs et Chers Confrères,

Dans notre dernière assemblée générale de 1905, je vous avais fait prévoir la possibilité d'une assemblée extraordinaire pendant l'année qui vient de s'écouler, destinée à mettre enfin au point la constitution de la Caisse des retraites que prévoient les statuts du Patronage. Il n'en a rien été, car nous attendons toujours les règlements d'administration publique qui doivent en constituer la base et sans lesquels nous ne pouvons rien entreprendre. Espérons que bientôt ces règlements verront enfin le jour et que nous pourrons vous convoquer à nouveau pour faire œuvre utile. Ceci dit, je passe immédiatement à la lecture du bilan de notre Société et vous soumets les comptes de 1905 tels qu'ils résultent de nos livres de comptabilité et tels qu'ils ont été approuvés par le Conseil d'administration.

Bilan au 31 décembre 1905

Actif

Caisse	131 12	
Société Générale	2.139 75	
Société française de reports et dépôts	3.912	
Avances à l'Etat	207 75	
Effets à recevoir	1.730 85	
Débiteurs divers	49.772 09	
Portefeuille	267.700 00	325.593 56

Passif

Capital	49.375 00	
Reserve spéciale	2.041 96	
Apports, dotations et contrats	252.000 00	
Réserve légale	900 45	
Profits et pertes :		
Report 1904	7.563 82	
Solde de l'exercice courant	13.712 33	325.593 56

Compte de profits et pertes.

Doit

Indemnités aux veuves......	600 00	
Frais généraux..............	4.538 52	
Solde......................	13.712 33	18.850 85

Avoir

Bénéfices et revenus divers.	18.456 36	
Intérêts divers des banques.	394 49	18.850 85

RÉPARTITION

Le montant des bénéfices de l'exercice s'élevant à......	13.712 33	
Il y a lieu d'ajouter le report de l'exercice 1904.........	7.563 82	21.276 15

Nous proposons la répartition suivante :

1° 5 % à la réserve légale sur 13.712.33....................	685 62	
2° 5 % à la direction sur 13.712.33....................	685 62	
3° Dividende à raison de 3 fr. 50 par part...........	11.245 50	
4° Impôt sur le dividende....	468 57	
5° A reporter à l'exercice suivant......................	8.190 84	21.276 15

En comparant ce dernier bilan avec celui de 1903-04, nous vous signalons les points saillants suivants :

A l'actif, le compte spécial des Corbières, qui figurait en 1903 pour 14.578 30, dans la rubrique « débiteurs divers », s'élève cette année à 34.621 84. Cette augmentation provient de ce que l'organisation sérieuse et complète de cette station maritime nous a obligés à d'importantes dépenses pour achat de mobilier, literie, etc., qui ne sont pas exagérées si l'on songe que, pendant l'été dernier, nous avons eu à loger et à nourrir jusqu'à 130 pensionnaires par jour, sans compter naturellement le personnel employé. Cette grosse mise de fonds était indispensable et nous permettra, à partir de la saison prochaine, de retirer tout le bénéfice possible de cette création du Patronage. Nous aurons encore certainement quelques dépenses à faire pour l'organisation de notre établissement, mais nous pouvons dès maintenant dire que l'indispensable est fait. D'autre part, pour des raisons de bonne gestion, votre Conseil a été amené à se priver des services des sœurs primitivement employées et, pour la saison prochaine, nos visiteurs trouveront aux Corbières un personnel laïque, expérimenté, dévoué, maniable et beaucoup plus économique que le précédent. Nous croyons donc pouvoir vous promettre pour l'année prochaine une campagne fructueuse, si le soleil veut bien se mettre de notre côté.

La Reine de Vals, bien que l'année dernière ait été mauvaise pour toutes les exploitations d'Eaux minérales, en raison du peu de durée des beaux jours, s'est bien maintenue sur ses positions, en augmentant même le chiffre de ses ventes, ce qui est un véritable succès.

Il en a été de même du Fumigator, en avance sur l'année précédente, avec de très grands espoirs pour l'avenir.

Les résultats de l'exploitation des Eaux de Bourbonne (source Maynard) et de Condal ne figurent pas encore au bilan de cette année, car toute affaire nouvelle nécessite, pour être lancée, des sacrifices importants qui absorbent les premiers bénéfices, mais la vente des produits de ces deux sources est en augmentation et nous espérons pouvoir, l'année prochaine, vous présenter d'heureux résultats.

Pour ce qui est des Eaux-Bonnes, tout ce que nous pouvons vous dire est que leur vente s'est sensiblement améliorée, mais il nous est impossible de vous donner aucun résultat définitif, car cette source étant propriété municipale, soumise au contrôle du Conseil général, ne pourra nous présenter de comptes qu'après la réunion du Conseil départemental d'avril.

Le compte de profits et pertes se solde par un avoir de 13.712 33, contre 18.009 l'an dernier, mais nous ne devons pas oublier que le précédent bilan portait sur presque deux exercices, et de ce côté encore, nous nous trouvons en progrès, puisqu'avec la réserve de l'an dernier, nous pouvons mettre à votre disposition, pour être répartie, une somme totale de 21.276 15.

Tout est donc bon en somme, mais est-ce à dire que cela ne pourrait être mieux ? — Tel n'est pas l'avis de votre Conseil d'administration, qui est obligé de constater que de nombreux sociétaires ne font pas tout ce qui leur serait possible pour la prospérité de la Société à laquelle ils appartiennent, et ne donnent pas l'effort auquel nous sommes en droit de prétendre.

Beaucoup d'entre eux croient avoir assez fait quand ils ont prescrit une fois ou deux nos eaux et constaté que certains pharmaciens de leur localité résistent à leur vente, prétendant ne pouvoir se les procurer !! Il serait cependant bien facile à ces confrères d'exiger l'exécution de leurs prescriptions, en donnant au pharmacien l'adresse des dépôts où il lui est possible de s'approvisionner et qui se trouve dans tous les numéros du *Concours Médical*, auquel ils sont abonnés. Ils viennent alors nous dire : « Mais créez donc des dépôts dans tous les grands centres », sans comprendre combien leur demande est difficile à réaliser, quelle somme énorme cela coûterait à la Société et sans vouloir reconnaître que leur premier devoir est de faire quelque chose pour l'œuvre dont ils sont appelés à bénéficier, en lui évitant cette charge.

Leur est-il donc bien difficile de dire au pharmacien, en déchirant et communiquant une page des annonces de leur journal : « Vous ne parvenez pas à vous procurer ces eaux ? Il y en a dans tous les dépôts de Vichy. Il y en a chez M. Foucault, rue Curial n° 7, à Paris. Vous en trouverez enfin, à défaut de tout autre lieu d'approvisionnement, chez M. N. Gonin, 4, rue Tarbé, Paris. »

Du reste, nous étudions en ce moment un système de réglementation de vente des Eaux minérales par les Pharmaciens à un prix déterminé, leur laissant une marge de bénéfices importants et nous espérons bientôt arriver à vaincre ce mauvais vouloir partout où il peut exister. Tout cela n'est pas l'œuvre d'un jour, nous le savons trop ; mais, pour Dieu !! aidons-nous et n'attendons pas que les alouettes tombent rôties dans notre assiette. Vos administrateurs ne sont que des hommes dont le pouvoir et l'activité sont limités ; tous, vous avez le devoir de les aider dans la mesure de vos forces et il faut bien vous pénétrer de cette vérité que le succès de notre œuvre dépend de l'activité de chacun. Faisons tous notre effort convergent vers un même but et le succès sera acquis.

Comme je vous le disais plus haut, mes chers confrères, l'opposition que nous avons rencontrée près de M. le Ministre du Commerce engagé vis-à-vis des Chambres nous a empêchés jusqu'à ce jour de créer régulièrement la Caisse de retraite prévue par les statuts, du Patronage. Mais, en conformité avec ces statuts nous avons toujours prélevé sous le nom de *Réserve générale*, la part afférente à cette création, de façon à être prêts dès l'apparition des règlements d'administration publique. Nous avons géré les fonds de cette réserve spéciale au mieux des intérêts futurs de la Caisse de retraite en employant ses disponibilités dans des placements avantageux pour elle et dépendant de l'activité de la Société-mère. Nous avons en outre mis de côté les parts du Patronage qui lui reviennent.

Au 31 décembre 1904 cette réserve générale se composait de :

651 parts du Patronage (25 fr.).........	16.275
200 actions Arsenal de l'hygiène (100 fr.)...........................	20.000
Portefeuille...............	36.275
Espèces.................	10.313.46
Total..............	46.588.46

Cette année, au 31 décembre 1905, sa situation est la suivante :

885 parts du Patronage (25 fr.)	22.150
420 actions Arsenal de l'hygiène (100 fr.)...........................	42.000
Portefeuille..............	64.150
Espèces disponibles......	5.132.46
Total..............	69.282.46

Soit pour cette année une augmentation de 22.696.

Le président donne ensuite la parole à M. le Dr Jeanne, commissaire de surveillance.

Rapport du Commissaire des Comptes.

Messieurs,

Pour la seconde fois, j'ai à vous rendre compte du mandat de contrôle que vous m'avez fait l'honneur de me confier.

J'ai vérifié les pièces et les chiffres : j'ai été tenu au courant de toutes déterminations importantes prises dans la gestion de la Société ; j'en ai eu constamment la comptabilité à ma disposition ; bref, je vous ai représentés pendant l'exercice, auprès du conseil d'administration, en profitant de toutes les facilités de contrôle que j'ai pu réclamer et qui ne me furent jamais marchandées.

De registres bien tenus, d'écritures parfaitement en règle, je suis arrivé à conclure, en concordance absolue avec le Conseil d'administration, à l'établissement, comme ils vous ont été présentés, du Bilan, du compte Profits et Pertes et du compte dit de la Réserve Générale, titre sous lequel sont groupées les réserves du *fonds de retraite* qui prendra forme légale quand auront paru les règlements d'administration publique prévus par la loi sur les sociétés d'assurances et les tontinières.

Le *Bilan* donne à l'actif et au passif un total de 325.593 fr. 56 contre 313. 618 fr. 96 l'année dernière. Pour légère que soit cette augmentation, vous l'apprécierez quand même avec satisfaction si vous tenez compte de l'effort fait pour l'installation des « Corbières » où nous allons désormais récolter en proportion de ce que nous aurons semé, et si vous vous souvenez que Eaux-Bonnes, Condal et Maynard sont encore à la période d'organisation dans notre Société.

Le Compte *Profits et Pertes*, avec son total de 18,850 fr. 85 pour un exercice d'un an, et non plus de 18 mois comme le précédent, laisse 13712 fr. 33 de bénéfices, qui, s'ajoutant aux 7563 fr. 82 reportés de l'exercice 1904, vont faire établir la répartition sur une somme de 21.276 fr. 15, supérieure de 3000 fr. à celle de l'année dernière.

Enfin, la *Réserve Générale*, qui avait, à la fin de 1904, un avoir de 46.588 fr. 46 en portefeuille et en espèces, possède au 31 décembre 1905, 69.282 fr. 46 soit 22 696 fr. de plus, acquis en ces douze mois.

La gestion de la Société que j'ai pu suivre semaine par semaine, s'est inspirée des principes que vous avez approuvés dans vos assemblées générales ; la comptabilité me paraît échapper à toute critique ; le projet de répartition qui va vous être soumis concorde avec les indications de prévoyance que vous avez formulées en réclamant qu'on songe avant tout aux réserves, à l'avenir.

Dans ces conditions, Messieurs, votre commissaire de surveillance vous demande d'approuver les comptes et de voter les résolutions proposées par le Conseil d'administration en y ajoutant félicitations et remercîments,

Le Commissaire des Comptes,

Dr H. Jeanne.

Paris, 25 février 1906.

Aux remercîments proposés par le Commissaire des Comptes, l'Assemblée en ajoute d'autres à l'adresse de M. le Dr Leriche pour l'accueil gracieux et confraternel qu'il fit aux Eaux-Bonnes à divers membres du Concours médical ; à MM. Champetier et Parès, les dévoués administrateurs de Vals-la-Reine, à la famille Gonin, qui a porté le poids fort lourd de l'organisation des « Corbières » et en a fait un séjour de vacances si gai et si familial pour tous nos confrères en villégiature.

M. N. Gonin remercie de cet hommage rendu au dévouement des siens. Il en profite pour rappeler que le *Collège maritime des Corbières* est absolument prêt et que toute personne qui y amènera un élève pour le trimestre scolaire prochain, aura droit au séjour gratuit d'une semaine à la maison de villégiature pendant les vacances de Pâques.

Résolutions.

L'Assemblée adopte ensuite à l'unanimité les résolutions suivantes.

I

Les Comptes sont approuvés tels que les a présentés le Conseil d'administration.

II

Un dividende de 3.50, net d'impôt, sera attribué à chaque part pour l'exercice 1905, et adressé *par mandat-carte* à chaque sociétaire à partir du 10 AVRIL PROCHAIN.

III

M. le Dr Jeanne est réélu, pour l'année 1906, commissaire de surveillance.

PROPOS DU JOUR

La sécurité par les fixes !

C'est le chroniqueur, non l'avocat, qui prend aujourd'hui la plume, pour encadrer de réflexions le jugement et l'arrêt qui suivent.

La magistrature, en cette affaire, contrairement à ce qui se passe au sujet de leurs Majestés les S. S. M., a pensé que le médecin qui avait loué ses services à un groupement, ne pouvait pas être impunément l'objet d'un renvoi brusque, sans explications, sans motifs et sans phrases.

Notre co-sociétaire du « Sou médical » a donc reçu la fiche de consolation, qui lui était incontestablement due.

Il fut un veinard, mais dans quelle mesure ? Avoir trouvé au sortir de l'Ecole un fixe de trois mille francs avec logement, chauffage, cheval et voiture (je n'insiste pas sur le lot de bouteilles d'ailleurs vides), et cela sans perdre le droit de faire la clientèle au dehors, c'était une charge peu banale : ces occasions-là ne courent plus les chemins aujourd'hui.

Plus merveilleux encore le miracle qui permit au Dr A.., de faire quinze ans de bon ménage avec l'acheteur de soins médicaux et de dévouement contrôlé, qui avait passé marché pour l'entretien de son outillage humain.

C'était à croire vraiment à l'éternelle sécurité qui permet d'organiser pour toujours la vie, les intérêts, le foyer, l'avenir d'une famille, la pratique amicale de la clientèle dans un milieu où l'on se fixe définitivement. Toutes les belles années de la jeunesse, de la santé, de l'entrain, s'écouleraient dans ce rêve d'une existence utilement vécue, sans inquiétants cahots, sous le charme des occupations professionnelles assurées et couvrant les charges de la maison.

Puis un beau matin, crac ! tout s'écroule.

Pourquoi ? On n'en sait rien. Vous le demandez éperdu, et l'homme qui vous tenait dans sa main déclare d'abord qu'il n'a pas d'explications à vous donner, mais que si, au surplus, le tribunal tient à le savoir, il ajoutera volontiers d'une façon olympienne : « La pratique de ce médecin avait cessé de me plaire. » Un point, c'est tout : et l'on vous montre la porte.

La quarantaine a sonné. Adieu projets, dispositions prises, habitudes, relations : tout est à vau-l'eau ; vous sauverez peut être dix mille francs du naufrage, si vous avez la suprême chance de rencontrer des juges. Mais la carrière est à recommencer avec des forces diminuées, une santé moins robuste, un courage bien atteint. A votre cruelle déception, à votre rancœur personnelle, se joindront, peut-être, dans votre foyer, d'injustes et incessantes récriminations qui achèveront de paralyser l'effort de relèvement.

Et ceux qui ne sont pas solidement trempés, ou garantis de la gêne par des ressources personnelles, deviendront ces épaves que nous rencontrons si souvent, les déracinés pour lesquels on fait des projets de loterie ou d'assistance par le travail, les vaincus et les désespérés, dont la triste existence figure dans les romans de la vie réelle ou fait pleurer les spectateurs au théâtre.

Jeunes confrères, fuyez les fixes.

Aux dures années du début, et à la période de clientèle intensive, faites par adhésions à nos œuvres, la part de la prévoyance et ne comptez que sur vous-mêmes pour assurer l'avenir. Quand le déclin viendra, il se fera insensiblement, sans chute mortelle, vous laissant encore sous puissance d'entraînement et capables au moins de la résignation philosophique indispensable au vieux médecin, dont la réputation s'éteint peu à peu devant celles des jeunes astres de la génération suivante.

Notre confrère A. n'est pas de ceux que les déboires auront conduit au naufrage : non, nous nous en réjouissons.

Mais, il nous excusera d'avoir fait servir son exemple à l'édification de nos jeunes camarades trop enclins à rechercher les débuts heureux dans la carrière, par la chasse aux fixes.

C'est souvent pour avoir plus brillamment commencé que le Cadour de « Pauvres Docteurs » qu'on finit encore plus mal que lui..., sur le siège du cocher de fiacre ou sur la plate-forme de l'omnibus.

Tribunal de commerce de Chauny (Aisne).

—

Jugement du 31 août 1905

—

AFFAIRE LA VERRERIE DE F.

Entre M. le Docteur A.
Demandeur ; Me D.
Et la Verrerie de F.
Défenderesse ; Me C.
Le Tribunal.............................

Attendu que, dans les premiers mois de l'année 1890, le demandeur s'était engagé verbalement envers la Société de F. à donner aux ouvriers de celle-ci les soins médicaux, dont ils pourraient avoir besoin, en tant qu'il s'agissait de visites et de consultations ;

Qu'une rétribution annuelle et forfaitaire de trois mille francs fut, en échange, accordée au demandeur par ladite Société, et ce, indépendamment des convenances annexes suivantes accordées aux employés de l'usine, et constituant chaque année un supplément de rémunération, soit :

1° Logement gratuit.
2° Chauffage gratuit.
3° Le droit au cheval et à la voiture de la Verrerie.
4° Le droit pour le demandeur de faire de la clientèle en dehors de l'usine.
5° Et livraison d'un lot de bouteilles vides ;

Que ce contrat verbal aurait été ainsi suivi de part et d'autre d'une complète exécution ;

Que jusqu'alors, le demandeur s'était acquitté de ses fonctions de médecin de la verrerie de F. sans qu'aucun reproche lui fût jamais adressé, s'étant toujours conformé strictement aux ordres et indications à lui données.

Que cependant, le sept avril 1905, le demandeur fut avisé que son emploi lui serait supprimé dès le trente juin suivant ;

Qu'il s'était efforcé de solliciter de M. de B. des explications et justifications sérieuses, venant à l'appui de pareille décision, mais qu'il ne put obtenir satisfaction ;

Que, bien mieux, le demandeur avait été avisé de la venue prochaine, depuis réalisée, d'un médecin devant ainsi le remplacer ; invité fut-il d'avoir à quitter la maison par lui occupée;

Que de tels procédés, d'un caractère aussi brusque, employés sans motifs légitimes, en dehors de tous usages ne sauraient être admis ;

Que M. A. protestait donc, à nouveau, contre leur

emploi, entendant, lui, continuer à respecter les engagements qui le liaient à la Société défenderesse ;

Que, dans ces conditions, il ne saurait dépendre de la volonté seule de M. B. de forcer le demandeur à quitter son emploi dès maintenant ;

Que, si cependant M. B. entendait maintenir son renvoi brutal et injustifié, il devait, dans ce cas, à raison du préjudice grave qu'il causerait, être condamné à des dommages-intérêts ;

Que,pour évaluer ces dommages-intérêts,le tribunal devrait tenir compte de tous les éléments du préjudice souffert par M. le docteur B.;

Que notamment le tribunal devrait retenir que c'est à la sortie de l'école que M. le docteur A. était entré à l'usine de F. ;

Qu'il y était resté quinze années ;

Que pendant cette longue période il avait rempli son emploi d'une manière irréprochable;

Que cependant, il avait été congédié avec la dernière brutalité, menacé de mise à la porte de son logement, etc. ;

Que le tribunal devait encore tenir compte de la nature de l'emploi de M. le docteur A. dans la verrerie de F.;

Qu'étant donné cet emploi et les conditions dans lesquelles le congé a été signifié, M. le docteur A. était mis dans l'impossibilité absolue de trouver de longtemps une situation semblable ;

Que le tribunal devait également retenir que M. le docteur A. avait une clientèle en dehors des ouvriers de l'usine ;

Que, pour achever de lui nuire, M. B. avait fait afficher que M. le docteur A. était remplacé ;

Que cette mesure, purement vexatoire à l'encontre du demandeur, était de nature à lui faire perdre la clientèle par lui acquise ;

Voir donner acte à M. le docteur A. de ce qu'il entendait continuer comme par le passé les engagements par lui pris envers la société défenderesse.

Et pour le cas où cette dernière persisterait dans la rupture injustifiée de ses engagements ;

S'entendre condamner à lui payer la somme de trente mille francs à titre de dommages-intérêts, pour le préjudice de toute nature causé par son brusque renvoi;

Voir accorder au demandeur jusqu'au 31 décembre 1905 pour quitter la maison et dépendance qu'il occupait;

S'entendre condamner, dans tous les cas, aux dépens;

Voir ordonner l'exécution provisoire du jugement à intervenir, nonobstant opposition ou appel et sans caution ;

Sous toutes réserves, relativement à toutes sommes susceptibles d'être dues au demandeur au 30 juin 1905 et depuis.

L'affaire, placée au rôle, a été portée à l'audience indiquée en l'assignation, et, après ajournement, elle est revenue à celle du dix-sept août courant.

A l'appel de la cause le demandeur a développé les conclusions de sa demande dont il requiert l'adjudication.

La société défenderesse, par l'organe de son mandataire, prend les conclusions suivantes :

Que la société défenderesse n'avait fait qu'user de son droit en cessant d'utiliser les services de M. le docteur A. ; que celui-ci ne saurait être assimilé à un employé de ladite société ; qu'il ne pouvait se prévaloir des dispositions de l'article 1780 du Code civil modifié par la loi du 27 décembre 1890, que, du reste, il ne rapportait pas la preuve qu'une faute ait été commise par la Société défenderesse, et de nature à engager sa responsabilité envers lui, que sa demande d'indemnité n'était donc ni recevable, ni fondée ;

Déclarer M. le Docteur A. non recevable, et en tout cas mal fondé en toutes ses demandes, fins et conclusions, l'en débouter et le condamner aux dépens.

Par suite il était à juger.

Point de droit.

Devait-on adjuger au demandeur les conclusions de sa demande ?...

N'était-ce pas plutôt le cas de réduire les dommages-intérêts réclamés par M. le docteur A.

Quid des dépens ?

Le Tribunal n'ayant pas de documents d'appréciation suffisants, mit la cause en délibéré pour être statué ce que de droit à l'audience de quinzaine.

Et le jeudi 31 août 1905, le Tribunal, chacune des parties ayant repris respectivement ses conclusions et en raison de la composition des membres du siège qu'elles ont expressément déclaré accepter, vidant son délibéré, ordonné par jugement du 17 août courant ;

Attendu qu'au commencement de l'année 1890 M. le Docteur A. s'engagea verbalement envers la Société défenderesse à donner à ses ouvriers les soins médicaux, dont ils auraient besoin, moyennant une rémunération qui ne pourrait être inférieure à trois mille francs ;

Attendu qu'en outre il était alloué à M. le Docteur A. un supplément de traitement de :

1° Un logement gratuit ;

2° Le chauffage gratuit ;

3° Le droit au cheval et à la voiture de la verrerie, droit converti d'un commun accord entre les parties en une indemnité annuelle de la somme de mille francs ;

4° Le droit pour le demandeur de faire de la clientèle en dehors de l'usine ;

5° Et la livraison d'un lot de bouteilles vides;

Attendu qu'après l'exécution de cette convention pendant quinze années, le demandeur fut, sans avis préalable, avisé le sept avril 1905 que son emploi lui serait supprimé à compter du 30 juin 1905 ;

Attendu que ce renvoi brusque et non justifié causant un grave préjudice à M. le Docteur A. en le privant des avantages sus-relatés, il fit donner assignation à la Société défenderesse pour lui donner acte de ce qu'il entendait continuer comme par le passé les engagements par lui pris vis-à-vis de celle-ci.

Et au cas où elle persisterait dans la rupture injustifiée de cet engagement s'entendre condamner à lui payer la somme de trente mille francs à titre de dommages-intérêts pour l'indemniser du préjudice de toute nature à lui causé par le brusque renvoi à lui signifié ;

Voir accorder au demandeur jusqu'au 31 décembre 1905 pour quitter la maison et les dépendances par lui occupées, et s'entendre condamner en tous les dépens.

Sous toutes réserves notamment de toutes sommes susceptibles d'être dues au trente juin 1905 et depuis au demandeur;

Voir en outre ordonner l'exécution provisoire du jugement à obtenir, nonobstant opposition ou appel et sans caution ;

Attendu que la Société défenderesse oppose à la demande une fin de non recevoir fondée d'abord sur ce que la convention intervenue entre elle et M. le Docteur A. ne semblait pas constituer un louage de service et ensuite sur ce que, dans tous les cas, M. le Docteur A. ne saurait être assimilé à un domestique, ouvrier ou employé, seules personnes à qui l'article 1780 du Code civil puisse s'appliquer, et qu'au surplus aucune faute grave n'étant alléguée contre la Société, elle ne pouvait être passible de dommages-intérêts ;

Considérant que la convention intervenue entre les parties constitue bien un louage de services : le docteur A., moyennant une rémunération garantie au minimum de trois mille francs par la verrerie et d'autres avantages susrelatés s'étant engagé à prodiguer ses soins à ses ouvriers, et que si le docteur avait le droit de se créer, en dehors, dans ses moments de loisir, une clientèle autre que celle de la verrerie, il était tenu, outre ses visites à domicile, à donner des consultations au siège de la Société, à

des heures déterminées, ce qui constitue bien le rôle d'un employé ;

Considérant qu'il paraît démontré que M. le Docteur A. a toujours, pendant les quinze années qu'il est resté au service de la verrerie de F., exercé ses fonctions avec zèle et régularité, à la satisfaction de cette dernière, qui ne produit aucun grief sérieux contre lui ;

Considérant que M. B., gérant de la Société, l'a reconnu par sa lettre du 7 avril 1905, qui sera enregistrée en même temps que ces présentes, dans laquelle il dit :

« Je n'ai rien de particulier à vous reprocher, mais votre service n'est pas fait comme je le voudrais, votre clientèle devient importante, absorbe trop de votre temps, et celle de la verrerie, si elle n'est pas négligée ne vient qu'après, alors qu'elle devrait passer avant toute autre ».

Considérant qu'en prévenant au mois d'avril dernier M. le docteur de la cessation de ses fonctions, pour le trente juin suivant, la verrerie de F. a mis celui-ci dans l'impossibilité de se pourvoir dans un aussi bref délai d'un emploi équivalent à celui qu'il occupait dans cette société;

Considérant que le renvoi intempestif et non justifié du demandeur rend la défenderesse passible de dommages-intérêts pour indemniser celui-ci du grave préjudice qu'elle lui cause, et que le tribunal possède des éléments suffisants lui permettant d'en déterminer l'importance :

Par ces motifs ;

Statuant contradictoirement et en premier ressort,

Donne acte à M. le docteur A. de ce qu'il entend continuer comme par le passé les engagements par lui pris envers la verrerie de F.

Et la défenderesse ayant déclaré persister dans la rupture injustifiée de ses engagements, la condamne à payer à M. le Docteur A. la somme de dix mille francs à titre de dommages-intérêts pour l'indemniser du préjudice à lui causé par son brusque renvoi;

Dit qu'il n'y a pas lieu à faire droit au chef de la demande tendant à accorder au demandeur jusqu'au *trente* et un décembre 1905 pour quitter la maison et dépendances qu'il occupait, M. le président du Tribunal civil de Laon ayant, sur référé, statué à ce sujet le onze juillet 1905;

Donne acte à M. le docteur A. de ses réserves relativement à toutes sommes qui lui seraient dues au 30 juin dernier et depuis ;

Ordonne l'exécution provisoire du présent jugement, nonobstant opposition ou appel et sans caution ;

Condamne la verrerie de F. en tous les dépens, taxés et liquidés à 19 fr. 80 non compris les frais du présent jugement, en quoi elle est aussi condamnée.

Cour d'appel d'Amiens.

Aff. : A. c. B.

Arrêt du 3 février 1906.

Considérant que B. a fait appel d'un jugement du Tribunal de Commerce de Chauny qui le condamne à payer à A. 10.000 fr. à titre de dommages-intérêts pour renvoi injustifié ; qu'il demande à prouver par enquête des faits qui démontreraient qu'il avait contre A. des causes légitimes de renvoi ;

Que, par appel incident, A. conclut à l'élévation à 30.000 fr. des dommages-intérêts qui lui ont été alloués ;

Considérant que la loi de 1890 a eu pour but de protéger celui qui a loué ses services sans détermination de date contre un renvoi capricieux et injuste ; que la rupture du contrat devient la source de dommages-intérêts quand elle a lieu sans raisons sérieuses, c'est-à-dire en abusant de la faculté de résiliation ; qu'il appartient aux tribunaux d'apprécier la légitimité des motifs invoqués de part et d'autre ;

Considérant que B. a donné congé à A. le 7 avril 1905 pour le 30 juin suivant, que si un contrat sans détermination de durée peut prendre fin par la volonté de chacune des parties, c'est à la condition que la résiliation ait lieu dans des conditions équitables ou qu'il y ait une cause de brusque renvoi ;

Que cette dernière cause ne s'est pas produite ; que B. n'a pas motivé le congé qu'il donnait à A. en avril 1905 ; que sur la demande d'explication au sujet du renvoi d'A. il s'est contenté de répondre « c'est que j'ai cru devoir le faire » ; qu'à ce moment il n'a formulé aucun grief sérieux pour expliquer la mesure qu'il prenait ; qu'il offre aujourd'hui de prouver certains faits établissant qu'il avait à l'égard d'A. des causes légitimes de renvoi ;

Considérant que le 1er fait n'est pas pertinent à cause de son imprécision ;

Que les 2e et 3e faits remontent à une époque ancienne par rapport au congé et ne paraissent avoir été l'objet d'aucune observation antérieure de la part de B. ; que le 4e fait n'est pas pertinent puisque les médicaments fournis par A. étaient payés par la verrerie suivant un tarif convenu et sur des états présentés par A. dont on ne démontre pas l'exagération ; que le 5e fait n'est pas pertinent à cause du vague de sa formule ; que les 6e et 7e faits ont trait à des faits relatifs à la clientèle extérieure étrangère à la verrerie ; que ces faits sont signalés pour la première fois malgré leur ancienneté, mais qu'ils ne sauraient être retenus parce qu'ils échappaient au contrôle de B. ; qu'ainsi les faits articulés ne sauraient être considérés comme pertinents et admissibles, que l'offre de preuve de B. doit être rejetée ;

Considérant qu'il convient d'apprécier si la résiliation du contrat était contraire à l'équité dans des conditions où elle s'est produite ;

Que le Docteur A. était depuis le commencement de 1890 au service de la verrerie de F., qu'au cours de ces longues relations, aucune observation sérieuse ne paraît avoir été faite au docteur A. par B., que même en le congédiant B. n'a pas formulé de reproches ; que s'il s'est refusé plus tard à donner des explications, il a paru reconnaître que le docteur A. avait rempli ses fonctions avec régularité ; que B. n'aurait pas dû notifier un congé pour un terme aussi court et dans des conditions qui étaient de nature à jeter du discrédit sur la valeur professionnelle du docteur A. ; qu'il a privé subitement A. d'une situation acquise, d'avantages sérieux ; qu'il y a eu de la part de B. un renvoi abusif donnant au docteur A. droit à une indemnité ; que, pour fixer cette indemnité, il faut tenir compte de la nature des services engagés, du temps écoulé, de la difficulté à se procurer rapidement une situation équivalente, des circonstances qui justifient l'existence et déterminent l'étendue du préjudice causé :

Que les premiers juges ont bien apprécié cet ensemble de circonstances en accordant à A. 10.000 fr. de dommages intérêts.

Qu'en formant un appel incident et en réclamant 30.000 fr. A. formule une prétention exagérée qui doit être rejetée ;

Que le jugement du Tribunal de Commerce de Chauny du 31 août 1905 doit être purement et simplement confirmé ;

Considérant que l'appelant qui succombe doit supporter les dépens et l'amende du fol appel.

Par ces motifs et ceux des premiers juges;

La Cour dit qu'il a été bien jugé, mal appelé ;

Rejette l'offre de preuve de B. comme non pertinente ;

Confirme le jugement dont est appel, dit qu'il sortira son entier effet ;

Déboute B. de son appel principal, A. de son appel incident ;

Condamne A. aux dépens de son appel incident B. aux autres dépens d'appel ;

Condamne B. et A. à l'amende de fol appel.

LA SEMAINE MÉDICALE

Radiothérapie dans les tuberculoses externes.

M. le Dr P. Redard a fait de patientes recherches sur les effets de la radiothérapie dans les tuberculoses osseuses, articulaires et ganglionnaires. Voici son opinion : la radiothérapie ne peut être recommandée comme méthode générale de cure des tuberculoses osseuses et articulaires. Employée seule ou mieux associée à d'autres méthodes, elle modifie les tissus tuberculeux, facilite leur régression et leur transformation fibreuse et peut utilement servir dans quelques cas déterminés. Dans les ostéites et dans les ostéo-arthrites superficielles, même à la période fistuleuse, elle donne d'excellents résultats et très souvent des guérisons rapides.

Elle convient peu dans les ostéo arthrites profondes, dans les ostéo-synovites des grandes articulations. Elle agit, cependant, favorablement, même dans ces cas, sur la douleur et sur la contracture. Elle a une action très favorable sur certaines ankyloses fibreuses, facilitant la mobilisation et la régénération des muscles atrophiés.

En ce qui concerne l'action de la radiothérapie sur les adénopathies tuberculeuses, M. Redard déclare qu'elle est préférable, dans un grand nombre de cas, aux moyens habituels de traitement des adénopathies tuberculeuses et, en particulier, à l'extirpation. Elle est surtout indiquée dans les adénites tuberculeuses chroniques, dans les formes anciennes fibreuses, sans tendance au ramollissement.

L'action est lente et procure, en général, la disparition presque complète de la tumeur.

Elle convient peu dans les formes subaiguës, avec signes de caséification et d'infiltration inflammatoire de la peau.

Elle donne des guérisons rapides dans les adénites suppurées, fistuleuses, procure l'occlusion rapide des fistules et la cicatrisation de la peau sans traces apparentes.

Le traitement de l'appendicite.

D'après M. le Dr V. Pauchet, d'Amiens, le traitement de l'appendicite doit être exclusivement chirurgical. L'opération doit être tentée après la première crise.

L'appendicite la plus bénigne peut récidiver, elle peut récidiver sous une forme grave. L'intervention à froid est ultra-bénigne.

« Il faut faire exception pour les sujets âgés ou tarés ; on s'abstiendra chez ces derniers, à moins qu'ils n'aient présenté déjà une ou deux récidives.

« L'opération étant donc décidée et acceptée, quelle est l'époque la plus favorable pour la pratiquer ? — D'une façon générale, on peut dire que plus elle est tardive, plus elle est facile et bénigne. L'appendiculaire guéri qui accepte la résection à froid est pressé d'en finir et la demande au plus tôt. Le chirurgien doit résister à son désir. Quel est donc le laps de temps nécessaire au complet refroidissement ? L'intervalle sera d'autant plus long que la crise aura été plus grave. Comptons quinze jours après une petite crise, deux mois après une crise moyenne et trois ou quatre mois après les formes graves. Pendant cette période de deux à quinze semaines d'attente, le malade se fatiguera peu, mangera le moins possible et suivra un régime strictement végétarien.

« M. Pauchet termine par quelques mots relatifs à la technique opératoire.

« Je considère que la résection du vermis après la crise ne doit être proposée au patient que si le chirurgien est sûr de ne faire courir ni aucun risque de mort, ni une diminution de capacité quelconque.

« C'est pour cette raison qu'il ne faut pas intervenir avant l'écoulement de dix à quinze semaines à compter *de la fin* de l'attaque ; c'est pour cette raison qu'il ne faut pas sectionner les muscles, ni les filets nerveux, ce qui enlèverait de la résistance à la paroi.

« La meilleure technique est celle qui comprend l'incision *en étoile* de Roux ; voilà dix-huit mois que je l'applique.

« L'opération se décompose ainsi : Incision de deux à cinq centimètres sur la peau ; dissociation et écartement des plis musculaires, boutonnière microscopique au péritoine, libération et section du vermis, enfouissement sous-séreux du moignon rôti, suture péritonéale en bourse, deux agrafes de Michel sur la peau, pansement au collodion. Ainsi exécutée, l'opération de l'appendicite à froid est une intervention *insignifiante* qui ne fait courir aucun risque de mortalité, ne provoque aucune morbidité post-opératoire, et laisse à la peau la même cicatrice que celle qui succède à l'ablation d'un petit kyste sébacé. » (*Le Médecin praticien.*)

Le traitement chirurgical du prolapsus utérin.

Le prolapsus utérin est justiciable, dans un grand nombre de cas, d'une opération chirurgicale. Le meilleur procédé opératoire, d'après M. le Dr Tirel (de Montauban-de-Bretagne), serait celui de Wertheim.

Voici, en résumé, les temps principaux de l'opération de Wertheim :

1° Incision médiane commençant à un centimètre environ derrière le méat urinaire et allant presque jusqu'à l'orifice externe du col. Dissection de ces deux lambeaux que l'on doit séparer délicatement de la vessie ;

2° Incision circulaire du vagin autour du col, comme au début de l'hystérectomie vaginale, en passant plus loin du col arrière, de façon à circonscrire une partie du Douglas. Séparation de l'utérus du vagin comme dans l'hystérectomie vaginale, et décollement de la vessie. Incision du cul-de-sac péritonéal antérieur et mise en place d'une valve sous la vessie. Résection et suture du Douglas ;

3° Amputation du col utérin sur une hauteur variable. Le moignon du col est recouvert par la lèvre postérieure de l'incision vaginale ;

4° Descente du corps de l'utérus à travers la

partie antérieure de l'incision vaginale par des pinces à traction, et examen des annexes, si on les croit suspectes ;

5° Fermeture du péritoine qui est suturé à la partie postérieure de l'utérus ;

6° Fixation de l'utérus entre la vessie et la paroi antérieure du vagin, les points de suture traversant de la droite a la gauche du chirurgien la paroi vaginale antérieure, la paroi utérine antérieure, puis la paroi vaginale antérieure de l'autre côté ;

7° Périnéorraphie postérieure.

Le Dr Tirel résume ainsi l'opération de Wertheim : « Comme on le voit, elle comprend les premiers temps de l'hystérectomie vaginale ; mais, au lieu de séparer l'utérus des ligaments larges, on le conserve après l'avoir transposé entre la vessie et la paroi vaginale antérieure. L'opération se complète par les temps suivants : amputation du col, périnéorraphie, résection du Douglas et, au besoin, traitement des annexes. »

Voici les conclusions de l'auteur :

1. Il ne saurait y avoir un traitement unique du prolapsus utérin.
2. La colpopérinéorraphie reste à la base du traitement chirurgical du prolapsus.
3. Il semble bien que les hystéropexies par la voie haute soient préférables, dans les cas bénins, aux interventions par la voie vaginale.
4. Dans les cas graves, l'hystérectomie vaginale peut donner de bons résultats, mais elle est quelquefois impuissante à empêcher la récidive.
5. Dans les prolapsus complets chez les femmes ayant atteint la ménopause, l'opération de Wertheim peut remplacer avec avantage l'hystérectomie vaginale.

Les états dépressifs et l'Ibogaïne.

Il existe physiologiquement pour chacun de nos appareils, aussi bien que pour chacune des fonctions correspondantes, une certaine tonalité moyenne, un certain équilibre, inséparable de l'intégrité organique et fonctionnelle. Quand cet équilibre se rompt, quand cette sorte de potentiel vital subit une chute appréciable ou durable, on dit qu'il y a dépression : dépression musculaire, dépression nerveuse, dépression cardiaque, etc.

Le prototype des états dépressifs est incontestablement la neurasthénie, dans laquelle tous les organes sont plus ou moins touchés par le processus morbide ; mais on ne saurait traiter en quantités négligeables la dépression générale qui succède à toutes les maladies aiguës et en accompagne la convalescence, les dépressions plus localisées, les asthénies, comme on a coutume de les nommer, qui intéressent l'appareil circulatoire, et le cœur en particulier, à la suite de la grippe et de la fièvre typhoïde ; les psychasthénies, suites de surmenage cérébral, etc.

Contre ces états si communément observés et en dehors des règles de l'hygiène et des régimes alimentaires, nous possédons tout un arsenal de médicaments dits toniques, qui vient de s'enrichir récemment d'un nouveau produit, sur lequel on fonde les plus légitimes espérances. Il s'agit de l'ibogaïne, extraite de l'iboga du Congo, plante dont un empirisme heureux avait depuis longtemps révélé aux habitants de ces régions tropicales les vertus stimulantes et anti-déperditrices. L'ibogaïne, étudiée plus particulièrement par E. Landrin et le Dr A. Landrin s'est montrée, aussi bien dans les expériences de laboratoire entreprises de concert avec le Prof. Pouchet que dans les essais cliniques, comme un tonique musculaire et nerveux, un toni-cardiaque et un excitant de la nutrition.

Le mode d'administration le plus commode et le plus agréable est sans contredit la dragée Nyrdahl, dosée à 0,005 milligr. de chlorhydrate d'ibogaïne et dont la formule est due au Dr Landrin, qui a consacré à ce médicament un très remarquable mémoire inaugural. On prescrira de 2 à 4 dragées Nyrdahl par jour, au moment des repas.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Traitement des rétrécissements de l'urètre.

Par le Dr E. Desnos.

Pronostic du rétrécissement. — Technique de l'urétrotomie interne.

La question du traitement des rétrécissements de l'urètre est une de celles qui doivent le plus préoccuper nos confrères, à en juger par le nombre de lettres que les lecteurs du *Concours* ont bien voulu m'adresser à la suite de mon dernier article ; aussi aurai-je, encore, recours à l'hospitalité de ce journal pour répondre à ces questions.

La plupart ont trait à des faits de pseudo-guérison du rétrécissement à la suite d'électrolyses linéaires à des malades qui, après avoir ressenti la grande joie de retrouver leur miction normale en quelques minutes, ont été déçus au bout de peu de semaines, une dizaine de jours même, dans un cas, et ont vu reparaître les difficultés d'antan.

A cela je répondrai que ce n'est pas l'opération qui est en faute, mais les malades — et même souvent, disons-le entre nous, le médecin — qui n'ont pas pris le soin nécessaire d'entretenir la liberté du canal au moyen de cathétérismes réguliers ; car aucun traitement ne met à l'abri de la récidive. Mais le principal grief à faire à l'électrolyse linéaire est de laisser à la place du rétrécissement opéré une cicatrice dure et rétractile, qui rend la récidive plus rapide et s'oppose ultérieurement à la réussite de la dilatation.

Un autre confrère s'étonne de ne pas me voir enthousiaste de cette opération et me donne sa propre observation. Sa situation était, en effet, fort grave, car le rétrécissement existait depuis de longues années et avait déterminé une réten-

PATRONAGE MÉDICAL

BUT DE LA SOCIÉTÉ

Le **Patronage Médical** est une société civile en commandite.

La Société ne fait aucun acte commercial ; elle acquiert des actions, des titres divers de sociétés d'eaux minérales, d'établissements médicaux, etc. Les adhérents ne sont engagés que jusqu'à concurrence de la somme souscrite par eux.

Ils sont donc co-propriétaires de valeurs indivises au même titre que les nombreux et riches confrères, qui sont porteurs d'actions ou titres divers de sociétés comme Vichy, Châtel-Guyon, etc. Et de même qu'eux, ils recommandent ces eaux et établissements à leurs clients et amis, parce que la Société ne s'y est intéressée qu'après avoir constaté la preuve de leur valeur thérapeutique.

Les parts du Patronage Médical sont cédées au prix de 50 francs et donnent droit à :

1° La perception d'un dividende annuel, pour chaque part, dividende fixé par l'Assemblée Générale ;

2° La jouissance d'une pension viagère proportionnelle aux ressources de la caisse, pension fixée également chaque année par l'Assemblée Générale lorsque le titulaire aura réuni ces TROIS CONDITIONS : cinquante ans d'âge, dix années de participation au « Patronage » et abonnement permanent au journal *Le Concours médical* qui est l'organe de la Société ; (la retraite sera égale pour tous quelque soit le nombre de parts souscrites).

3° Enfin, pour la veuve ou les enfants mineurs, si le titulaire vient à mourir : *dès maintenant et après une année de participation*, une allocation de 300 francs, prélevée sur un fonds spécial dû à la générosité des premiers bienfaiteurs ; *plus tard et après 10 ans de participation* — dès que la chose sera possible —, une pension annuelle dont le montant sera déterminé par l'Assemblée Générale.

Pour les deux premiers exercices, les parts ont reçu un dividende de 7 %.

Voir le compte-rendu de la 11e Assemblée générale en tête du numéro.

AVIS

Les certificats de propriété sont envoyés deux mois environ après le paiement de la souscription. Ces titres ne comportent pas de coupons, les dividentes afférents à chaque exercice sont envoyés par mandats-cartes payés au domicile de chaque sociétaire.

Société civile « LE PATRONAGE MÉDICAL »

23, rue de Dunkerque, Paris.

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom et prénoms) ____________

Médecin à ____________ *Département de* ____________

né le ____________ *à* ____________ *Département* ____________

déclare adhérer au « **Patronage Médical** » *et prie M. le Dr* MAURAT, *gérant de la Société, de me transférer* ____________ *parts au prix de cinquante francs l'une.*

(*a*) 1° *Je joins à cette adhésion la somme de* ____________
2° *Je l'autorise à faire toucher la somme de* ____________
représentant le montant de ma participation

____________ *le* ____________

(SIGNATURE)

(*a*) Prière de rayer le mode de paiement qui ne convient pas.

Envoyer ce bulletin au siège de la Société, 23, rue de Dunkerque, Paris.

tion vésicale et de la pyélite. Tous les accidents disparurent dès que le rétrécissement a été électrolysé et notre confrère, rempli d'une reconnaissance toute naturelle, s'écrie : « Quel autre traitement aurait produit une semblable merveille ?» « Mais tous, mon cher confrère, dans votre cas, qui, en dépit des apparences, était des plus simples. Vous me dites et vous me prouvez qu'il s'agissait d'une bride, dont toutes les méthodes ont raison très facilement. Un simple repli muqueux peut produire des accidents d'infection grave comme le vôtre, mais n'en est pas plus difficile à détruire. Car, ainsi que je l'ai déjà démontré, tous les procédés de traitement réussissent en pareil cas. »

La question de la récidive est ainsi très préoccupante ; il est difficile d'y répondre absolument, car le pronostic varie suivant l'âge, l'étendue, le nombre des strictures, surtout avec l'état d'infection des parois et aussi avec le traitement primitivement suivi. Tout d'abord, avant de décider s'il y a récidive, il importe d'établir si la guérison a été obtenue ou, plus exactement, si le traitement a été poursuivi jusqu'au bout. Beaucoup de personnes, je ne parle pas de gens du monde, mais des médecins eux-mêmes, assignent à l'urètre un calibre de beaucoup inférieur à la normale. Une observation qui m'est communiquée par un confrère se termine ainsi : « On passe le n° 16 (Charrière), guérison ». Ce confrère s'est arrêté au milieu de la route, car c'est le n° 30 qu'il faut atteindre pour assurer des données normales à l'urètre.

Il n'y a rien d'absolu sur ce point, hâtons-nous de le dire. Des différences individuelles considérables existent. Je laisse de côté l'étroitesse du méat dont un débridement a facilement raison ; mais sur divers points, et en particulier dans la région péno-scrotale, une boule exploratrice moyenne trouve une résistance même sur des sujets dont l'urètre n'a jamais été traumatisé ni infecté. Ailleurs, au contraire, un explorateur 32 (Charrière) ou même plus volumineux pénètre sans résistance.

On le voit, le chiffre absolu ne signifie rien : d'autres caractères servent à faire le diagnostic de guérison ; c'est l'égalité parfaite des parois urétrales qu'on doit prendre comme criterium. Lorsque la boule d'un explorateur chemine sans rencontrer de ressaut ni d'inégalités, peu importe que le calibre ne soit pas très considérable, le traitement est terminé, car l'urètre a repris son aspect physiologique.

On n'est jamais autorisé à prononcer le mot de guérison, car il n'est pas permis de promettre le maintien définitif du calibre normal ; mais les malades chez lesquels j'ai obtenu cette parfaite égalité des parois urétrales présentent bien rarement des retours offensifs et j'en observe depuis plus de 20 ans qui, même en ayant négligé de se faire dilater, n'ont pas récidivé.

Si, au contraire, on éprouve de plus en plus des résistances et si la boule accuse encore des brides et des ressauts, on peut être certain que l'urètre est encore en évolution morbide ; tôt ou tard, mais le plus souvent à une époque rapprochée, la récidive se produira et avec une rapidité d'autant plus grande que les brides persistantes seront plus nombreuses, plus serrées, plus dures ; ces dernières entretiennent, en effet, dans leur intervalle, des foyers d'urétrite qui eux-mêmes contribuent à accélérer le processus de sclérose des anneaux de stricture. Ainsi un urèthre peut laisser pénétrer une bougie n° 28 ou 30 et cependant être considéré comme encore rétréci si sa surface interne est bosselée et inégale, tandis qu'un numéro sensiblement inférieur, 25 ou 26 par exemple, donnera la certitude de l'achèvement du traitement s'il parcourt le canal en toute liberté.

C'est donc à la disparition de ces ressauts qu'il faut s'attacher dans le traitement consécutif. On conduira la dilatation le plus loin possible jusqu'au n° 60 Béniqué, et même au-delà dans bien des cas. Les rétrécissements refoulés rentrent dans le rang ; il se produit surtout une modification atrophique des anneaux scléreux qui assure la souplesse des parois. Rien n'y aide mieux que l'électrolyse circulaire dont j'ai donné la description et signalé les avantages dans mon précédent article. Comme cette méthode est d'un emploi des plus simples, je conseille donc de l'appliquer chez le rétréci ; tout au moins à la fin du traitement, soit que la dilatation ait été conduite à bien dès le début, soit qu'il s'agisse de la dilatation consécutive à l'urétrotomie interne.

Il suffit de laisser le béniqué en place, et d'y adapter le conducteur négatif d'une pile bien réglée à 4 ou 6 milliampères pendant 10 minutes, ainsi que je l'ai indiqué. J'ai aujourd'hui la conviction que beaucoup de mes malades restent guéris grâce à ce petit perfectionnement de la dilatation.

Si les ressauts persistent malgré tout, on aura recours à des urétrotomies partielles complémentaires que j'aurai à décrire, mais on terminera toujours par la dilatation électrolytique,

Un de mes correspondants m'oppose des statistiques qui sont accablantes pour l'urétrotomie interne. Celles qu'il me signale, comme beaucoup d'autres publiées dans le même but, sont fausses et pèchent par la base. On va rechercher les faits qui datent de plus de 60 ans, et qui remontent à Reybaud, au temps des énormes incisions et des infections purulentes. Assurément, l'urétrotomie était dangereuse alors, mais aujourd'hui cette opération n'a plus guère que le nom de commun avec son aînée ; vouloir mettre en parallèle les deux procédés, c'est agir comme si l'on comparait les ovariotomies d'avant 1870 avec les opérations abdominales modernes.

Une autre erreur consiste à opposer une série d'électrolyses linéaires à un nombre égal d'urétrotomies internes. Cette dernière est une opération d'exception qu'on ne pratique que quand d'autres procédés ont échoué, ou dans des cas d'urgence qui sont eux-mêmes des raretés, c'est-à-dire une fois sur 20, 30 ou 50 rétrécis, suivant les tendances de divers chirurgiens. Au contraire, les personnes qui appliquent l'électrolyse linéaire y ont recours pour tous les rétrécissements indistinctement, c'est-à-dire pour un ensemble où les bons cas, qui guérissent toujours, constituent l'immense majorité. Si donc on met en parallèle deux séries de malades, les uns ayant une stricture très facile à guérir, les autres infectés avec des lésions vésicales et rénales, des urètres indurés et infiltrés, un état général plus ou moins grave, de mauvais cas en un mot, il n'est pas douteux qu'un traitement quel qu'il soit portant sur cette catégorie de sujets donnera des résultats plus mauvais que pour la première série.

L'urétrotomie interne, comme toutes les opéra-

tions, peut donner lieu à des accidents ; il serait puéril de le contester ; mais à lire les observations publiées ou les faits qui m'ont été transmis, on trouve presque toujours une faute grave à relever.

A la voir pratiquer par une personne exercée, elle paraît des plus faciles, et cette conviction a entraîné souvent des confrères à la pratiquer sans y être préparés. On me permettra donc, non pas de reproduire une description que tout le monde connaît, mais d'insister sur des fautes communément faites et qui compromettent le succès.

Le choix des instruments a la plus grande importance : je ne parlerai tout d'abord que de celui de Maisonneuve, dont le principe n'a pas changé depuis ses origines, malgré beaucoup de modifications de détail. Il se compose d'une bougie fine armée d'un pas de vis ; d'un conducteur métallique courbe pourvu dans toute sa longueur d'une cannelure sur sa face concave ; d'une lame triangulaire portée sur un mince mandrin qui s'engage dans la cannelure ; une tige métallique droite avec un pas de vis pouvant s'adapter à la bougie conductrice ; une ou même plusieurs sondes de gomme à bout coupé.

Précautions à prendre avant d'opérer : visser successivement la bougie conductrice sur la tige et sur le conducteur, exercer sur le tout des tractions énergiques et un peu saccadées, en saisissant d'une main la bougie à 2 centimètres environ au-dessous du pas de vis, et de l'autre la partie métallique au-dessus pour éprouver la solidité à la fois du pas de vis, et de la fixation de la bougie ; faire glisser la lame jusqu'au bout du conducteur pour être certain qu'aucun dérapage n'est possible, on sait que cette lame a la forme d'un triangle isocèle ; 2 de ses angles sont cachés dans la rainure et le 3e est boutonné ; s'assurer que ce bouton est assez large et bien mousse. Choisir une lame passant par les numéros de 17 à 21 de la filière Charrière ; *ne jamais, sous aucun prétexte, dépasser ce dernier numéro*. Choisir une sonde à bout coupé n° 15, 16 ou 17, jamais plus grosse, s'assurer qu'elle glisse librement et jusqu'au bout sur la bougie conductrice armée de la tige droite.

Tout doit être stérilisé. Dans une étuve sèche, une température supérieure à 120° risque de rendre la bougie conductrice cassante ; l'ébullition est plus facilement applicable en tout lieu et n'en détériore la gomme que si elle est trop prolongée. Enfin l'immersion des instruments, préalablement savonnés et rincés dans une solution d'oxycyanure de mercure à 1/1000, pendant une heure au moins, est pratiquement suffisante.

Les régions pubienne, scrotale, pénienne, balanique, sont lavées avec soin, au savon, puis à l'eau bouillie ; toute la région entourée d'un champ aseptique (mouchoirs bouillis au besoin). Le malade est placé horizontalement, sans oreiller, sur un lit dur (une planche sous le matelas). La bougie est introduite *isolément* dans l'urètre, puis la tige droite vissée à son talon : et on l'enfonce très lentement et tout entière pour bien s'assurer qu'elle n'est pas repliée sur elle-même ; on exécute des mouvements de va-et-vient qui doivent transmettre à la main la sensation d'une liberté complète. On la retire, on dévisse la tige, à laquelle on substitue le conducteur cannelé ; celui-ci est introduit à son tour suivant les règles du cathétérisme avec les instruments courbes et assez loin pour que la partie courbe reste tout entière dans la prostate.

Ici réside la cause principale des accidents attribués à l'urétrotomie. Il est nécessaire d'abandonner la glissière à elle-même et de la laisser prendre *seule* la position convenable. Un aide, placé en face du chirurgien, saisit alors l'anneau dont est munie la glissière, exactement à la place où il s'est mis de lui-même, et l'immobilise ainsi entre le pouce et l'index, en gardant une position *immuable* ; il ne faut pas que le bras de l'aide s'appuie sur la cuisse du malade qui est susceptible de remuer. La faute la plus communément faite consiste à faire basculer la glissière en inclinant son manche vers le matelas ou bien à le laisser s'enfoncer dans l'urètre quand le chirurgien va introduire la lame. Quand ces fautes sont commises, oui, des hémorragies urétrales sont possibles, car la lame, poussée avec force sur la paroi supérieure, peut ouvrir le plexus de Santorini ; mais il suffit d'être prévenu pour les éviter.

Le chirurgien fait alors glisser doucement la lame jusqu'au bout de la glissière bien immobilisée. Il éprouve une résistance au niveau du rétrécissement qui est franchi après une pression douce et il continue jusqu'au bout, puis il la retire aussitôt et rencontre en général une résistance nouvelle, mais moins forte, aux points primitivement sectionnés. Une seule introduction suffit ; *jamais* sous aucun prétexte, *la lame ne sera réintroduite une seconde fois.*

On substitue alors à la glissière la tige droite que tient verticalement un aide, et sur elle on fait glisser la sonde à bout coupé, largement huilée intus et extra. Si l'on s'est bien assuré de son glissement avant l'opération, on n'éprouve en général aucune difficulté à la faire pénétrer dans la vessie, lentement, doucement, sans secousses. Au cas où on éprouverait une résistance, ne pas user de violence, ni même de force ; on ramènera la sonde au dehors sans déplacer le conducteur ; on la réintroduira avec plus de douceur encore, en ayant soin d'exercer avec la main gauche une traction énergique sur la verge pour mettre en tension la muqueuse de l'urètre et effacer le cul-de-sac du bulbe. Echoue-t-on encore, retirer la tige et la bougie conductrice, et, on peut, toujours avec grande douceur, de la main droite, mais traction énergique de la gauche, essayer d'une sonde-bougie. Si elle ne passe pas du premier coup, on laissera l'opéré sans sonde.

En effet, le rôle de la sonde à demeure est de protéger les parois urétrales contre le contact de l'urine qui peut être infectée, d'empêcher la douleur mictionnelle et l'issue de quelques gouttes de sang qu'une miction produit parfois dans ces conditions. Mais elle ne contribue nullement à maintenir écartées les lèvres de la plaie opératoire et le canal se laisse tout aussi bien dilater quand une sonde est restée à demeure, ou non. Voilà pourquoi aussi il faut la choisir de petit calibre.

Un gros numéro amènerait un écartement de la plaie, une déchirure dont l'étendue est livrée au hasard : c'est là une des causes des hémorragies redoutables des débuts de l'urétrotomie interne et dont elle porte encore la peine.

Quoi qu'il en soit, la sonde passe facilement dans l'immense majorité des cas. L'urine s'écoule dès qu'elle a franchi le col ; on l'enfonce alors de 2 centimètres au delà, mais jamais plus, car elle risquerait de se couder sous l'influence des con-

tractions vésicales : un petit caillot entraîné par la sonde en bouche quelquefois l'orifice ; on le dégagerait en injectant quelque centimètres cubes de solution boriquée. De toute façon il est bon de pratiquer un lavage de la vessie, toujours peu copieux, je veux dire en n'envoyant à la fois dans la vessie qu'une petite quantité de liquide, de 20 à 50 grammes, irrigation qu'on renouvellera plusieurs fois de suite.

Si la vessie est aseptique, de l'eau bouillie ou une solution boriquée suffit ; en cas d'infection on emploiera le permanganate à 1/2000 ou l'oxycyanure à 1/4000, ou mieux encore le nitrate d'argent à 1/1000 ; mais ce dernier est irritant, provoque des contractions qui gênent le fonctionnement de la canule, aussi est-il bon de ne s'en servir que quelques heures après l'opération.

La sonde à demeure est laissée en place 48 heures en moyenne. Si, malgré tout, elle est mal supportée, fonctionne mal, et occasionne des mictions fréquentes et impérieuses qui chassent l'urine entre le canal et la sonde, on la retirera ; au contraire, dans le cas où une infection grave préexiste, il est utile de la laisser 3 ou 4 jours en place.

On fera un lavage de la vessie avant son retrait, mais il est interdit de continuer à pousser l'injection pendant le retrait de la sonde ; le liquide, s'échappant des yeux de la sonde, distend les parois urétrales, et risque de rouvrir la plaie urétrale et de provoquer un saignement prolongé.

On laisse le malade au repos 5 ou 6 jours, pendant lesquels il lui est permis, en général, de se lever, de marcher et de reprendre en partie sa vie normale. Après ce temps on procède à la dilatation, en commençant par un n° 15 ou 16 de gomme, puis en employant des béniqués, en se guidant pour la progression à observer non sur des chiffres théoriques, mais d'après la résistance des parois.

J'ai indiqué déjà quelles conditions devait remplir un urètre pour être considéré comme normal. Les brides, les saillies qui sont à mes yeux la caractéristique du rétrécissement, résistent parfois aux plus hautes dilatations comme à l'électrolyse circulaire. Dans ces cas des urétrotomies secondaires, localisées, sont nécessaires. On emploie alors des dérivés de l'instrument de Guillon père et de Civiale, qui agissent d'arrière en avant. Un instrument de ce genre, que j'ai prié M. Collin de construire, me rend de grands services. Une lame élastique, cachée dans la rainure d'une tige munie d'une bougie conductrice, est actionnée par un pas de vis et ne se développe que lorsque le rétrécissement est franchi.

Une série d'olives interchangeables permet d'en adapter une de dimensions correspondant au diamètre du rétrécissement et d'en reconnaître exactement la situation et l'étendue. Dès qu'il est franchi on développe la lame à laquelle on donne une saillie telle qu'elle dépasse d'un millimètre la circonférence de l'olive et on ramène l'instrument en avant pour sectionner la bride.

On doit, dans certains urètres très durs, répéter cette manœuvre en haut et en bas. La sonde à demeure n'est indispensable que dans les cas infectés.

Comme après les urétrotomies primitives, on laisse le canal en repos pendant une huitaine de jours, puis on reprend la dilatation qu'on porte aussi haut que possible en s'aidant de l'électrolyse. Ces urétrotomies complémentaires sont un excellent moyen d'assurer et de maintenir la guérison. Je dois ajouter toutefois qu'elles sont d'une exécution compliquée et assez délicate ; on ne doit les entreprendre que si l'on a une habitude consommée des manœuvres intra-urétrales.

REVUE CLINIQUE

Traitement et formes irrégulières de l'Hydrocèle.

Dans une récente clinique de l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Le Dentu a fait une étude du traitement et des formes irrégulières de l'hydrocèle.

Le traitement de l'hydrocèle comprend plusieurs méthodes. Le procédé ancien, d'abord, l'injection de teinture d'iode, qui peut rendre des services. Dans certains cas, lorsqu'il est suivi de récidive, on y associera utilement un petit moyen complémentaire, l'injection dans la poche, en plein liquide sans évacuation préalable, de quelques gouttes (5 à 10 gouttes) d'alcool. Il ne faut pas se méprendre, cependant : le petit moyen en question n'est pas absolument inoffensif et on ne doit pas s'y adresser sans précaution. Il fut recommandé autrefois par Monod père dans le traitement ordinaire de l'hydrocèle, mais, plusieurs cas de phlegmon des bourses ayant été observés à la suite de son emploi, les chirurgiens l'abandonnèrent. Bien qu'à cette époque l'antisepsie fût inconnue, on ne saurait, pour expliquer ces phlegmons, incriminer la piqûre : de nos jours, combien d'injections sont faites sans précaution, avec la seringue de Pravaz, qui ne déterminent aucun accident ! Il est probable que ces phlegmasies étaient dues à une distension excessive de la vaginale, causée elle-même par l'exagération de sécrétion qu'occasionne l'alcool. Il y avait distension de la poche et infiltration du liquide dans le tissu cellulaire des bourses par l'orifice de la piqûre. Pour ce motif, on a donc renoncé à l'injection d'alcool en tant que traitement curatif : comme moyen complémentaire, elle peut être utile, et M. Le Dentu l'emploie assez volontiers lorsqu'une récidive survient à la suite de l'injection de teinture d'iode. L'excès de tension, origine du phlegmon, n'est plus alors à craindre puisque l'hydrocèle, en voie seulement de reformation, contient une quantité modérée de liquide ; rien n'empêche, d'ailleurs, d'enlever, par mesure de précaution, une demi ou une seringue de sérosité, et, après seulement, de lancer dans la poche l'alcool.

Les méthodes nouvelles de traitement de l'hydrocèle sont : l'incision (Volkmann), l'excision et l'éversion, qui consiste à fendre la vaginale, à faire saillir, à hernier le testicule, à renverser la tunique vaginale et à suturer derrière : de cette façon la face interne de la vaginale devient externe. A la suite de toutes ces opérations, on constate parfois des récidives, dont le mécanisme est variable. Tantôt, c'est la suture qui ne tient plus et il se reforme des petites hydrocèles aux dépens des débris de la vaginale. D'autres fois, il se produit des kystes dans les espaces conjonctifs. C'est ainsi que l'on observe, en manière de récidive, des hydrocèles bosselées, bizarres, irrégulières.

M. Le Dentu se trouve ainsi conduit à parler des formes irrégulières de l'hydrocèle.

A côté de l'hydrocèle type, classique, qui est une tumeur régulière et arrondie, on rencontre quelquefois des hydrocèles constituées par deux grosses bosselures que sépare un étranglement en général peu marqué (hydrocèle en bissac); on rencontre quelquefois aussi des hydrocèles plus irrégulières encore. Elles se produisent par un mécanisme particulier. On sait qu'il existe un diverticule de la vaginale qui s'insinue sous le corps de l'épididyme : eh bien ! si, au point représentant le collet de ce diverticule, un travail inflammatoire se produit, il s'ensuit des adhérences et une séparation plus ou moins complète de la poche sous-épididymaire et du reste de la vaginale. Il peut y avoir dans ce diverticule isolé une hydrocèle, associée ou non à une hydrocèle de la grande tunique vaginale : d'où, cliniquement, des aspects que l'on se représente aisément. A un autre point de vue, on conçoit — et le fait se réalise principalement chez les vieillards — que la tunique vaginale offre une résistance variable selon les points considérés, se laisse distendre plus ou moins en ces points, donnant à l'hydrocèle une forme irrégulière et bosselée. Enfin ainsi que nous le rappelions tout à l'heure, il est des hydrocèles bizarres, à bosselures, qui sont le résultat d'une récidive d'une hydrocèle normale, après traitement opératoire. Telles sont les variétés et les origines des formes anormales de l'hydrocèle. Il est bon que le praticien les connaisse pour ne pas s'égarer dans leur appréciation.

*
* *

Aboulies professionnelles.

M. le professeur Raymond a présenté, à une de ses leçons de la Salpêtrière, un cas intéressant d'aboulie professionnelle. Il concerne un homme de 40 ans qui fut amené à abandonner sa profession de dentiste pour les raisons suivantes : il a conservé, dit-il, le souvenir d'une liaison passée, d'une femme qui lui a procuré de grandes satisfactions génitales. Quand il se trouve auprès d'une cliente, il se sent inquiet, obsédé, tourmenté par des désirs érotiques dont le but est de retrouver les sensations anciennes. Il a peur d'être inconvenant et il a dû finalement cesser sa profession. Ce malade, quoique intelligent, est, comme tous les abouliques, un hésitant, un veule ; ce qui lui manque, c'est la volonté de triompher de ses scrupules.

Il est d'autres types d'aboulie professionnelle. Généralement, cette affection est une phobie portant sur l'instrument de travail. Il s'agit, par exemple, d'un coiffeur qui a peur de manier le rasoir, d'une couturière qui craint de mal exécuter sa tâche, d'un prêtre qui redoute de divulguer le secret de la confession, parfois d'un médecin qui, à peine a-t-il écrit une ordonnance, se précipite dans l'escalier, auprès du malade, pour voir s'il n'y a pas d'erreur, qui demande aux pharmaciens de lui soumettre à nouveau ses prescriptions, etc.

Au fond de tout cela, on retrouve la même absence de volonté, le même moi impuissant à se débarrasser de ses scrupules.

*
* *

Les douleurs du zona.

A propos du zona, M. le Pr Raymond fait la remarque suivante :

Chez les enfants, les douleurs du zona, assez vives au début, cessent rapidement. Chez l'adulte, elles se prolongent plus longtemps. Chez les vieillards, elles sont persistantes, elles deviennent parfois violentes et durent souvent des années. La radiothérapie est alors un bon traitement analgésique.

*
* *

La rupture utérine pendant l'accouchement.

Cette question a fait l'objet d'une étude clinique de M. Demelin, à la clinique d'accouchement Tarnier.

Les causes de la rupture utérine pendant le travail sont : les rétrécissements du bassin, la présentation de l'épaule, l'hydrocéphalie, les interventions obstétricales avant dilatation complète du col.

La rupture utérine est l'accident le plus important à connaître de l'hydrocéphalie. Le pronostic de l'hydrocéphalie ne compte pas, en effet, pour l'enfant, mais il faut savoir qu'en pareil cas les femmes courent le danger d'avoir une rupture de l'utérus. On l'évitera par une intervention opportune, la réduction de la tête selon les procédés connus.

On sait que, pour entreprendre une intervention obstétricale, forceps, version ou autre, il est une condition *sine qua non* : le col doit être complètement dilaté. Si l'on opère avant la dilatation totale, on risque une déchirure du col susceptible de s'étendre et de créer une rupture utérine. Ces ruptures par propagation sont plus graves encore que les ruptures ordinaires du rétrécissement du bassin ou de l'hydrocéphalie. Elles peuvent entraîner la mort en quelques heures par hémorrhagie.

A quels signes reconnaît-on la rupture ordinaire (celle que cause le rétrécissement, la présentation de l'épaule, ou l'hydrocéphalie) ?

Les douleurs sont variables, quelquefois nulles.

Ce qui est constant, dans la rupture complète, c'est la prostration profonde, les modifications du facies de la femme.

La rupture est dite complète lorsqu'elle permet le passage du fœtus dans la cavité péritonéale. Toutes les tuniques de l'utérus sont ouvertes et vous pouvez entrer le doigt dans le petit bassin.

Considérons le cas d'une rupture complète avec sortie du fœtus dans l'abdomen.

Si on palpe l'abdomen, le fœtus semble superficiel. Il ne faut pas, toutefois, se fier d'une manière absolue à ce signe. Chez certaines femmes maigres, dont la paroi utérine est très mince, le fœtus paraît superficiel, si bien que l'on se demande s'il n'y a pas grossesse extra-utérine arrivée au voisinage du terme... Pour la rupture utérine on n'éprouvera pas le même embarras : ayant pratiqué le palper avant et après l'accident, on est fixé.

Autre signe de la rupture : l'utérus est à côté du fœtus. Rappelez-vous les sensations de forme et de consistance que procure l'utérus après la délivrance et transportez cette masse dans l'abdomen, au voisinage du fœtus : vous aurez ce que l'on perçoit dans une rupture avec expulsion du fœtus dans la cavité abdominale. On trouve d'un côté l'utérus, de l'autre le fœtus.

A l'auscultation, l'enfant étant mort, les bruits du cœur ne s'entendent plus.

Au toucher, on constate que la partie fœtale est remontée, l'excavation vide. Le doigt entre dans le col et se recouvre souvent de sang noir, de sang poisseux selon l'expression de Tarnier. Plus profondément, on sent la perforation.

La rupture utérine est un accident toujours mortel pour l'enfant et très grave pour la mère.

Quelle est la conduite à tenir en présence d'une rupture complète avec passage du fœtus dans la cavité abdominale? Du temps de Depaul on allait chercher les pieds de l'enfant et on l'extrayait. Aujourd'hui, il n'y a qu'une seule ligne de conduite acceptable : la laparotomie. Le ventre ouvert, l'enfant et le placenta sont extraits ; puis, on agit selon les circonstances.

La rupture se produit à la période d'expulsion, à la fin du travail par conséquent. Dans cette expulsion viciée, le fœtus est chassé dans le péritoine avec du sang et du liquide amniotique plus ou moins septique. La septicité dépend de la précocité de l'ouverture de la poche des eaux et des interventions que la femme a pu subir. Il faut tenir compte de tout cela pour choisir le mode de traitement. Il faut aussi tenir compte du temps écoulé depuis l'accident. Le plus souvent on nous conduit une femme dont la rupture utérine remonte à plusieurs heures, à un ou deux jours. Or, il est, au point de vue thérapeutique, une grande différence entre une femme qui fait une rupture utérine sous vos yeux et une autre que vous voyez seulement 24 heures après.

On ne tentera la suture que si elle peut être faite de très bonne heure, et si l'état de la plaie utérine le permet. Si la plaie est étendue, irrégulière, à bords contus, œdématiés, infiltrés de sang, la suture est quelquefois impossible.

L'ablation de l'utérus est, en ce cas, la seule opération indiquée. Le plus généralement, d'ailleurs, c'est à elle qu'il faut avoir recours, soit par le Porro, soit par l'hystérectomie sus-vaginale.

Il n'est pas un médecin de campagne qui ne soit appelé à pratiquer une opération de Porro : c'est une intervention facile, susceptible de sauver la femme.

Elle consiste, l'abdomen étant ouvert, à tirer sur l'utérus avec force, à amener cet organe au-dessus du pubis et à mettre dessus un lien élastique. On fait, enfin, une ligature en masse sans s'occuper de sectionner les ligaments larges. Le Porro est une opération que le praticien doit retenir : elle peut rendre de grands services et s'exécuter sans aide et sans outillage spécial.

Leçons recueillies par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE PRATIQUE

Un remède de bonne femme (1).

Il est admis aujourd'hui par tous les auteurs classiques que le principe actif de la moutarde (sulfo-cyanure d'allyle) ne se développe pas au contact de l'eau chaude, et que la farine de moutarde ou son dérivé, le sinapisme en feuilles, n'agit bien qu'après avoir été trempé dans l'eau froide (10 à 20° et même moins).

(1) *Journal des praticiens*, 1905.

Cependant le Professeur Heubner (de Berlin) préconise dans la broncho-pneumonie les enveloppements sinapisés faits de la manière suivante :

« Dans une cuvette renfermant environ un « litre et demi d'eau *à 40°*, délayer une livre de « farine de moutarde fraîche jusqu'à dégagement « de l'essence de moutarde s'annonçant par l'effet « irritant sur les yeux et la muqueuse nasale, soit « pendant une dizaine de minutes. Un linge de « dimensions suffisantes pour envelopper l'en- « fant jusqu'au cou est ensuite immergé dans le « liquide ; lorsqu'il est bien imbibé on le tord « puis on l'étale sur une couverture de laine. « L'enfant est roulé dans la toile sinapisée puis « dans la couverture de laine, de façon que « la tête demeure seule libre. On le laisse ainsi « dix à quinze minutes jusqu'au moment où « il commence à se débattre, ce qui indique que « la réaction désirée est obtenue. En effet, en le « démaillotant on constate que sa peau a pris une « coloration rouge vif. On le place alors dans un « bain tiède ou, à défaut de bain, on le lave simple- « ment à l'eau tiède, pour enlever de la peau les « restes de farine de moutarde. Puis on l'enveloppe « de nouveau d'un linge mouillé non sinapisé « et d'une couverture de laine dans lesquels il « est tenu d'une heure et demie à deux heures « afin de maintenir l'hyperthermie cutanée obte- « nue au moyen de l'application sinapisée.

« Au cours de ce second enveloppement, il se « produit parfois une élévation considérable de la « température du corps s'annonçant par une rou- « geur intense de la face et indiquant qu'il est « temps de retirer l'enfant de ses couvertures. »

Depuis fort longtemps j'emploie un procédé un peu différent de celui d'Heubner ; comme je ne l'ai jamais vu signalé dans aucun auteur classique, que je l'ai vu souvent employé comme tradition dans ma famille, je l'indique comme *remède de bonne femme*..

Il consiste à se servir d'eau bouillante à 90° ou 100° au lieu d'eau à 40° ou 50° : dans un tel liquide on mélange rapidement de la farine de moutarde en quantité variable suivant les besoins : une bonne poignée pour un grand bol, une livre pour une cuvette ; on y trempe une paire de bas de laine appartenant à l'enfant malade, ou une couverture de laine du lit du bébé ; on tord et, quand la température de l'objet devient supportable (car il faut naturellement éviter les brûlures), on chausse l'enfant des bas ou on l'enveloppe à nu dans la couverture, la tête dégagée : c'est au médecin à apprécier s'il doit employer les bas ou la couverture, la seconde étant plus énergique que les premiers. On remet l'enfant au lit tel que dans ses couvertures et on le laisse sans le déranger pendant douze heures au moins, ou pendant toute la nuit.

On ne peut pas dire que ce procédé agit uniquement par la chaleur de l'eau, car une certaine odeur piquante se produit ; certainement il doit se dégager une certaine quantité d'essence de moutarde, mais cette quantité est minime et n'agit qu'à la longue parce qu'elle se développe peu à peu.

Il m'a rendu de grands services dans les cas où il fallait faire sur les membres inférieurs ou sur la surface interne une révulsion notable et prolongée (broncho-pneumonie, laryngite striduleuse, méningite ou plutôt méningisme, choléra

infantile, etc..). Tout dernièrement encore, appelé en consultation par mon excellent confrère et ami, le Dr Flandron (de Lorient), j'ai pu ramener à l'existence un enfant d'un an atteint de croup, après une application de bas sinapisés, pendant six heures : coïncidence peut-être, mais coïncidence heureuse : les moyens usités en pareil cas avaient été essayés sans succès.

Mon procédé étant inoffensif, j'engage mes confrères à l'expérimenter.

Dr de Champeaux.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les mutualités maternelles au point de vue médical.

Par ces temps de mutualisme et de retraites qui doivent — on l'espère — résoudre la question sociale, le médecin n'est pas sans éprouver quelque inquiétude sur sa situation. Il a beau être le premier parmi les philanthropes, se dévouer corps et âme à toutes les œuvres d'assistance et de mutualité, il est bien obligé de se dire parfois qu'il est soumis comme tout le monde aux dures nécessités de la vie et qu'il se doit aux siens comme tout autre citoyen. C'est pourquoi, en se donnant aux plus justes causes, en participant dans une large mesure aux œuvres sociales, il se trouve dans l'obligation de se défendre contre des entreprises qui lui paraissent dangereuses, de chercher un terrain d'entente et de sauvegarder son existence matérielle. Rien de plus naturel, nous semble-t-il, que de le voir parfois hésiter ou reculer devant des sacrifices incompatibles avec ses intérêts matériels les plus directs.

Pourtant, les médecins n'ont pas hésité à donner leur concours aux *mutualités maternelles*, dans des conditions qui méritent d'être rapportées.

Elles ont pour but de donner aux sociétaires, lorsqu'elles seront en couches, une indemnité suffisante pour qu'elles puissent s'abstenir de travailler pendant quelques semaines et pour leur permettre de soigner et de donner à leur enfant les soins qu'il réclame pendant les premières semaines qui *suivent la naissance*. Une cotisation minime donne droit à une indemnité assez élevée à condition de s'abstenir de tout travail pendant la durée du repos prescrit et de s'inscrire au moins neuf mois avant l'accouchement. Une prime d'allaitement de 10 fr. est en outre accordée aux mères qui nourrissent.

Toute sociétaire munie de sa carte peut s'adresser aux docteurs dont une liste est dressée par arrondissement, et n'aura à payer que *deux* francs pour une visite à domicile, et 1 fr. pour une consultation.

Sur les listes des médecins ayant accepté le service, nous relevons, non sans quelque surprise, les noms de membres considérés et influents du Syndicat de la Seine.

Les honoraires des médecins *ne sont point garantis* par la Société.

Tout cela est très joli pour les intéressantes ouvrières de cette charmante corporation de robes, dentelles et autres rubans, qui, généralement, ne vivent pas dans la misère, et pour lesquelles on demande aux médecins des rabais invraisemblables.

Véritablement, on se demande jusqu'à quel degré s'inclinera le corps médical, jusqu'où il poussera les concessions, jusqu'à quel point il oubliera ses intérêts.

Il faut espérer que les médecins, comme d'habitude, ont été surpris et qu'ils finiront, dans la suite, par voir plus clair dans leurs affaires.

En attendant, nous voyons dans les *mutualités maternelles* un danger très grand pour le corps médical des villes. Nous disons *très grand* et nous allons expliquer pourquoi.

Quel que soit le *vrai* but — que l'on connaîtra plus tard — de cette société, son but immédiat — déjà élargi — est de venir en aide aux mères et aux enfants pendant la période de l'accouchement et de l'allaitement.

Organisées d'abord à Paris, elles s'étendent dans la banlieue, elles commencent à se propager en Seine-et-Oise et se promettent d'englober les départements.

Limitées d'abord à une certaine catégorie d'ouvrières, elles comprennent maintenant des employées, des ménagères, des domestiques, etc., de nationalité française.

Ne voit-on pas toutes les femmes d'une ville industrielle et leurs enfants soignés à 2 fr. la visite et 1 fr. la consultation, quand elles voudront bien payer et ne point aller aux consultations gratuites ?

Rien que dans un centre ouvrier d'environ 25.000 habitants, nous savons que les organisateurs comptent arriver à inscrire plusieurs milliers de membres participantes.

Oui, nous savons bien, le médecin ne devra ses soins au *rabais* qu'à partir de l'époque présumée de la gestation et un mois après l'accouchement, si la mère n'élève pas son enfant au sein, ou pendant toute la période d'allaitement si la mère nourrit elle-même.

Mais les sociétaires, et leurs amies non sociétaires à qui elles prêteront leur carte, seront toujours en état de gestation, et les enfants amenés au cabinet du médecin ne seront pas toujours les leurs. Et puis, comment pourrait-on avoir deux tarifs dans une famille ? Ce sera toujours 2 fr., *non garantis* ; et toutes les petites opérations, les soins spéciaux, etc., qui étaient convenablement rétribués jadis, ne pourront l'être que très difficilement, parce que l'on sera médecin de la Société.

Mais à quoi bon nous étendre davantage sur ce sujet ?

Il faudrait être le personnage dont parle l'Ecriture pour ne point voir. — Et malgré tous nos vifs sentiments de mutualiste, toutes nos idées philantropiques, nous déplorons et déplorerons toujours que les médecins, au lieu d'enrayer le mouvement qui les ruine, signent leur condamnation et prennent toujours et quand même des engagements désastreux pour leurs intérêts.

Ah ! les créateurs d'organisations mutuelles ou philantrophiques (et dans l'espèce nous ne voyons pas que l'on s'occupe des mères vraiment néces

siteuses ni des indigentes) ont bien raison de compter sur les médecins, puisqu'une personnalité venant, au nom d'une société soi-disant humanitaire quelconque, leur demander de faire de la médecine au rabais, ils sont aussi empressés de répondre *oui* que si on venait leur proposer un relèvement d'honoraires.

Vos clients vous payent 5 fr. la visite, cher docteur, je viens vous proposer de les leur compter dorénavant à 2 fr., vous ne me refuserez pas ça ?

— Comment donc, cher Monsieur, répond le médecin tout souriant, mais avec plaisir ?... Et avec ça

10 février 1906. D. COURGEY.

La loterie médicale.

A la suite de la réunion qui a eu lieu le 24 mars 1906 au siège social de l'Association générale des Médecins de France, et après avoir pris connaissance de toutes les pièces du dossier concernant la loterie proposée en 1904 par M. le Dr Smester, les membres du Conseil Général de l'Association et les délégués du *Bulletin Médical* et du *Concours Médical* ont reconnu que le débat récemment soulevé à l'occasion de cette loterie ne reposait que sur un malentendu :

Que le projet de M. le Dr Smester, dont les intentions généreuses ne sont pas contestées, ne renfermait que l'article suivant : « Le Gouvernement « est invité à autoriser le Corps médical à organi- « ser une loterie dont le bénéfice sera affecté à l'a- « mélioration du sort des victimes de la profes- « sion médicale » ;

Que l'Association générale, n'étant pas désignée dans ce projet, n'avait pas qualité pour en discuter la teneur : et que dès lors le Conseil Général n'ayant pas été appelé à s'associer aux démarches de M. le Dr Smester, la responsabilité du Conseil Général ne saurait en aucune façon être engagée.

A la suite de cette constatation, il a été décidé, sur la proposition de M. le Docteur Jeanne, que le Conseil Général de l'Association serait prié de nommer une Commission *mixte*, destinée à rechercher si une loterie peut être organisée et de désigner qui aurait la lourde charge qu'exige cette organisation.

Dans cette même séance, M. le sénateur Léon Labbé, membre du Conseil Général de l'Association, lui a promis le concours bienveillant du groupe médical parlementaire.

CORRESPONDANCE

Constatation des décès.

Monsieur et cher Confrère,

Je lis dans le *Répertoire de Médecine et de Chirurgie* d'août 1905 un article sur la constatation des décès pris dans le *Concours médical*, et signé de vous. Vous demandez une réponse par la voie du *Concours* à la question que vous posez. J'ai l'honneur de vous informer de ce qui se fait chez nous.

La constatation des décès se fait dans notre région, non pas pour obéir à la loi (il n'y a pas de loi qui impose l'obligation de faire constater les décès) mais de la propre initiative de beaucoup de maires sur l'invitation d'un circulaire préfectorale.

Le Syndicat médical de l'arrondissement d'Abbeville et des cantons limitrophes a décidé que le prix d'un certificat de décès serait de 3 fr. et la visite de 3 fr., soit 6 fr., mais sans effet rétroactif pour les médecins qui auraient des engagements antérieurs.

J'ai le plaisir de vous annoncer que le tarif est appliqué dans beaucoup de communes, même des plus minimes. Je fais ce tarif dans des communes de 500, de 400 et même de 300 habitants.

Tous les décès, sans exception, sont constatés dans ces communes.

Voilà ce que peut faire un Syndicat, quand les médecins s'entendent entre eux.

Unissons-nous, agissons, et les collectivités seront obligées de nous accorder ce que nous demandons.

Bien confraternellement à vous,

13 mars 1906. Dr SALIÈS.

Fondateur et ancien président du Syndicat médical d'Abbeville.

N. D. L. D. — Nous félicitons nos confrères du Syndicat médical d'Abbeville ; nous souhaitons que cette pratique, déjà assez répandue, vienne à se généraliser.

Honoraires pour accidents du travail.

Pont-du-Château, 21 mars 1906.

Mon cher Confrère,

Membre du « Sou médical » je serais heureux d'avoir les renseignements suivants :

1° Une Compagnie accidents me demande de lui donner un certificat constatant l'état d'un blessé en cours de traitement. Combien le faire payer ?

2° Un accidenté du travail est renvoyé d'un hôpital pour avoir refusé de se laisser opérer. Le blessé me fait appeler, je constate des phlyctènes, décollement de l'épiderme, cela sans doute d'origine médicamenteuse. Je fais un certificat signé aussi d'un confrère et le blessé retourne à l'hôpital. Combien compter le certificat et par qui le faire payer ?

3° Je suis appelé à 4 h. du matin auprès d'un ouvrier tombé dans du bitume chaud. Il porte de nombreuses brûlures du 3e degré. Je fais un pansement provisoire et le blessé est transporté en voiture à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand à 6 heures 1/2 du matin.

J'ai fait le pansement d'urgence et suis resté auprès du blessé de 4 h. du matin à 6 h. 1/2 après avoir fait installer le blessé dans la voiture. Combien dois-je compter ?

4° En répondant à un confrère (1), vous dites qu'il doit compter les pansements 2 visites. Cela est exact si le confrère compte 1 visite + 2 visites, soit 3 visites, mais non 2 visites.

Je possède le nouveau tarif, mais il est embrouillé à plaisir et de plus très peu rémunérateur pour le médecin de campagne.

Veuillez agréer mes sincères salutations.

Dr L. BRIDIER.

A cette consultation, il a été fait la réponse ci-dessous :

Le 24 mars 1906.

Mon cher confrère,

1° Le certificat que vous demande la Compagnie ne peut être assimilé qu'au certificat descriptif ; au prix du tarif vous ne pouvez le faire payer que 5 francs. Mais vous n'êtes pas tenu de le délivrer à la Compagnie. Vous pouvez lui écrire si vous voulez : « Ce certificat, je veux bien vous le délivrer contre la somme de dix francs (s'il doit être long) que

(1) Page X du *Concours* du 11 mars : « Vous compterez chacun des pansements subséquents au prix de deux visites ». A Pont-du-Château le prix des visites à domicile est de 1 fr.50. Cela ferait donc 3 fr. ou bien visite 1 fr. 50 + 2 visites, soit 4 fr. 50 ?

vous m'enverrez d'avance.» Tout au moins, exigez la promesse *écrite* de vous le payer un prix déterminé. Ne vous contentez pas d'une promesse orale. Car on ne vous paierait pas; une longue expérience nous permet d'affirmer qu'en général les promesses verbales des Compagnies n'ont aucune valeur; 2° Le certificat que vous avez fait pour faire admettre un blessé à l'hôpital n'est pas prévu au tarif ; par conséquent, la patron n'est pas tenu de le payer; vous pouvez en réclamer les honoraires au blessé qui vous les paiera de sa poche ; 3° La question de la distance kilométrique est réglée par le § 2 de l'art. 8, vous devez vous y conformer ; 4° Le prix du pansement pour les brûlures est réglé par l'art. 10 tableau C; il est égal au prix de la visite, plus 3 visites au total 4 visites.

Vous dites que le tarif officiel est embrouillé, votre observation est exacte. C'est pour en faciliter l'usage que nous avons pris la peine d'en dresser un répertoire alphabétique. Nous vous l'adresserons contre la somme de 25 centimes, prix qu'il nous coûte. Nous le faisons payer afin de pouvoir en faire un nouveau tirage, lorsque celui-ci sera épuisé ! Vous dites que ce tarif est peu rémunérateur. C'est encore exact, il faut vous en plaindre à *votre* député, et lui dire qu'il signale le mécontentement des médecins à son ministre du commerce, et qu'il l'engage à améliorer le nouveau tarif qui doit être refait en 1907. Le seul moyen d'aboutir, c'est de faire comprendre à votre député que c'est lui, le député, qui aura à souffrir de votre mécontentement. Le Ministre, pouvant avoir à souffrir du mécontentement de votre député qui a souffert de votre mécontentement, adressera peut-être des observations à son directeur de la Prévoyance sociale au Ministère du commerce, et le lui fera sentir. Le Directeur de la Prévoyance sociale, qui aura souffert du mécontement de son Ministre, se montrera peut-être, lors de la revision du tarif, plus généreux envers vous, simple médecin dont le mécontentement retombe sur le député, de là, sur le Ministre, puis du Ministre sur le Directeur de la Prévoyance sociale. Vous voyez que, dans la vie civile, c'est comme dans la vie militaire. C'est toujours le simple soldat qui paye pour le mécontentement du général. N'oubliez pas que c'est vous l'électeur, qui êtes le général, et que le simple soldat, celui qui écope en dernier, c'est...

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr A. Divernéresse.

Les droits du médecin contre les Compagnies d'assurances.

Très honoré confrère,

Je vous remercie d'abord très sincèrement, quoique un peu tardivement sans doute, de l'obligeance confraternelle que vous m'avez aussitôt témoignée dès la réception de ma demande de renseignement sur mes droits envers une compagnie d'assurance qui offrait de la résistance pour me régler mes honoraires.

J'ai reçu de votre part, avec une consultation juridique très intéressante, très détaillée et très claire un volumineux dossier d'opuscules, d'affiches d'imprimés, découpures touchant mon affaire ou s'y rapportant.

J'en ai pris connaissance. J'ai été discuter une fois de plus avec l'agent de la compagnie, et fort de mon droit, grâce à vos conseils, j'ai menacé par lettre recommandée du juge de paix d'abord, me réservant d'aller plus loin ensuite, et j'ai aussitôt été réglé.

Sans votre conseil aussi formel, sans les preuves que vous m'avez délibérement offertes, j'aurais peut-être hésité, j'aurais interrogé et j'aurais pu peut-être aussi me laisser rouler, car nous ne sommes pas aussi commerçants, nous, les médecins, que le sont les agents d'assurances.

Ceci dit, je vais vous entretenir de quelques points ayant trait à votre consultation juridique.

Le recueil de documents sur les accidents du travail dont vous me parlez ne se trouve pas à la Bourse du travail de M.

Vous me dites que, pour qu'un médecin n'ait pas de frais de procédure à acquitter au sujet d'une note d'honoraires d'accident de travail que le patron ou l'assurance refuse de lui payer, il n'a qu'à se présenter, lui ou son agent, devant les juges, comme représentant de l'ouvrier qui poursuit son patron en remboursement de frais médicaux dont on a acquitté la note.

Et vous me donnez le moyen d'agir ainsi. Je ne vous affirmerai pas que vous vous trouvez dans l'erreur. Mais mon confrère le Docteur A., qui est en même temps pharmacien à M., me dit avoir trouvé une circulaire adressée aux agents de l'Enregistrement du timbre et des domaines leur recommandant de ne pas encaisser des frais au sujet de toutes les procédures faites à propos des accidents du travail se rapportant au non-paiement des sommes dues à l'ouvrier. (Instruction ministérielle 3169 du 5 juillet 1905 donnée aux receveurs d'enregistrement). Il vous serait bien simple d'écrire un mot à ce confrère qui ne se refuserait pas à vous en adresser copie. Je lui ai parlé de vos bons services à propos de mon affaire et il se proposait de vous adresser les attendus d'un jugement rendu en justice de paix en sa faveur contre le même agent d'assurances qui ne voulait pas me régler mes honoraires, et lui en refusait aussi à lui-même discutant sur la note des médicaments que le pharmacien A. avait dû délivrer comme docteur à son blessé.

C'est un excellent confrère qui se mettrait entièrement à votre disposition dans l'intérêt de nos intérêts confraternels communs.

J'ai reçu de votre part deux affiches que j'adresserai à la Bourse du travail pour que les ouvriers sachent qu'ils ont le droit de choisir leurs médecins. Beaucoup l'ignorent encore et se laissent conduire comme des moutons aux médecins des compagnies d'assurances qui sont quelquefois trop partiaux et ne savent pas être médecins avant tout.

Les malades blessés se défient du médecin qu'ils ne connaissent pas. Certains refusent de reprendre leur travail de bonne foi quoique réellement guéris et ne le pensant pas, qui l'auraient repris si leur médecin propre, auquel ils ont toute confiance, les avait soignés. J'ai deux malades blessés d'accident dont je suis persuadé qu'ils n'auraient pas repris leur travail une fois leur consolidation de blessure effectuée si je n'avais pas été leur médecin habituel sachant les raisonner en leur inspirant confiance.

Je ne dis pas que l'ouvrier blessé est toujours parfait, mais bien souvent, presque toujours, il reprendrait aussitôt rétabli son travail s'il avait affaire à son médecin traitant.

Je voudrais bien faire partie du « Sou Médical », mais j'ai tellement de cotisations de société à acquitter tous les ans que j'hésite et ne me déciderai pas encore. Je fais partie du « Syndicat Médical », de « l'Association de Prévoyance et de Secours mutuel des médecins de l'Hérault ». Je suis assuré sur les « accidents », car je considère que notre profession y expose assez. Je trouve qu'au point de vue médical c'est déjà suffisant. Je dis au point de vue médical, car je ne compte pas toutes les nombreuses autres sociétés de la ville qui me comptent parmi leurs membres actifs, ou quelquefois honoraires, ce qui est encore plus onéreux.

Cependant je tiens à vous remercier des bons offices que vous m'avez si grâcieusement offerts et je vous prie d'accepter, en raison du concours que vous m'avez apporté en cette circonstance, la modeste somme de 10 fr. que vous destinerez, très honoré confrère, à celle des œuvres médicales qui nous entourent qui vous en paraîtra la plus digne.

Ce faisant, je me considère encore comme votre très obligé confrère, qui vous remercie une fois de

plus, et se tient à votre entière disposition s'il pouvait jamais vous être tant soit peu utile.

Dr V.

P. S. — Je vous prie de vouloir bien me faire adresser *50 notes d'honoraires médicaux* contre les 1,50 de timbres-poste que je vous adresse sous ce pli.

Réponse. — Mon cher Confrère. — Merci de la somme que vous mettez à ma disposition pour nos œuvres professionnelles, je n'ai pas cru pouvoir en faire un emploi plus utile pour vous et pour nous, qu'en l'employant à vous inscrire comme abonné au *Concours Médical*, qui vous sera ainsi servi pendant un an et, j'espère qu'après l'avoir lu pendant 12 mois, vous continuerez à vous abonner, et que vous serez un adhérent au « Sou Médical ».

Je sais que tous les médecins sont accablés de toutes sortes d'impôts obligatoires ou facultatifs. Mais songez que l'assurance contre les clients chicaneurs est aussi nécessaire, et plus même, que l'assurance contre l'incendie, car il y a beaucoup de chance pour que vous ne brûliez ni votre maison ni votre mobilier, mais il est peu probable que vous fassiez une longue carrière médicale sans qu'un client vous cherche une mauvaise chicane, contre laquelle vous défendra le « Sou Médical ».

La dispense des droits de timbre et d'enregistrement dont nous dispense l'article 29 de la loi accident, et la circulaire de l'enregistrement dont vous parlez, nous permettent de ne payer que 0 fr. 30, pour la convocation en conciliation, au lieu de 0 fr. 90, et 2 fr. 50 pour l'assignation, au lieu de 4 fr. 70 ; mais elle ne nous accorde pas l'assistance judiciaire. L'assistance judiciaire est accordée à l'ouvrier seul qui poursuit le recouvrement de ses indemnités, au nombre desquels figurent les frais médicaux et pharmaceutiques. Vous avez donc, il me semble, confondu la dispense du timbre et enregistrement avec l'assistance judiciaire.

Veuillez agréer, etc...

Dr DIVERNERESSE.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Caisse des pensions de retraite du Corps médical français.

Avant l'assemblée générale qui se réunira en mai, à la même époque que l'A. G. et à une date que nous ferons connaître quand elle sera fixée, publication sera faite du rapport annuel du Trésorier. Mais ce dernier tient à informer, dès maintenant les sociétaires, de ce qu'était la situation à la fin de 1905, et il les renseigne complètement par les chiffres ci-dessous :

Bilan au 31 décembre 1905.

Caisse	2.086 35	
Obligations du chemin de fer du Midi	137.780 52	
Obligations fonc., 1883	44.362 05	
Obligations du chemin de fer d'Orléans	47.142 25	
Obligations P.-L.-M	148.845 23	
Obligations du chemin de fer de l'Est	23.300 »»	
Obligations Banque hypothécaire, 1881	30.829 07	
Obligations Banque hypothécaire, 1880	274.936 85	
Rente 3 % amortissable	130.206 55	
A capital		839.488 87
	839.488 87	839.488 87

Certifié le bilan ci-dessus conforme aux écritures du Journal et Grand-Livre, arrêté à l'actif et au passif à la somme de huit cent trente-neuf mille quatre cent quatre-vingt-huit francs quatre-vingt-sept centimes.

Le Trésorier,
Dr H. VERDALLE.

Cannes, le 31 décembre 1905.

Capital.

Compte créditeur au 30 septembre 1905 ... 834.710 22

Le capital a été augmenté au 31 décembre de l'excédent disponible des recettes ordinaires du 30 septembre au 31 décembre 1905, soit de la somme de ... 4.778 65

Le capital est donc créditeur au 31 décembre de ... 839.488 87

Rappel du chiffre des cotisations.

Cotisations encaissées du 1er janvier 1884 au 31 décembre 1904		1.015.295 56
Cotisations encaissées en 1905 :		
Du 1er janvier au 30 septembre	53.491 85	
Du 30 septembre au 31 décembre	1.883 50	55.375 35
Total		1.070.670 91

Rappel du chiffre des revenus du portefeuille.

De 1894 à fin 1904		294.183 21
En 1905, jusqu'au 30 septembre	23.190 30	
Du 30 septembre au 31 décembre	4.006 50	27.196 80
Total		321.280 01

Rappel du chiffre des retraites payées.

De 1894 à fin 1905	236.099 10
En 1905	26.199 15
Total	262.298 25

Profits et Pertes.

Par frais généraux, pour balance		2.54
Par divers, pour moins-values sur les valeurs en portefeuille, savoir :		
Oblig. Midi, nouvelles	79 »»	
Rente amortissable	458 50	
Oblig. Est	50 »»	
Oblig. Banque hypoth., 1881	350 »»	
— — 1880	960 »»	1.897 50
Total du début		4.441 35
Excédent disponible des recettes, versé au compte capital		4.778 65
Egal		9.220 00

Par divers, coupons et intérêts :

Oblig. Est	360 »»	
Oblig. Banque hypoth. 1881	496 80	
Oblig. du Midi	439 20	
Rente amortissable	982 50	
Oblig. Banque hypoth. 1880	1.728 »»	4.006 50
Par divers pour plus-value sur les valeurs:		
Oblig. Midi anciennes	990 »»	
Oblig. foncières, 1883	350 »»	
Oblig. Orléans	450 »»	
Oblig. Paris-Lyon	1.540 »»	3.330 »»
Par caisse des pensions (sa balance)		1.883 50
Egal		9.220 »»

Portefeuille au 31 décembre 1905.

220 obligations du chemin de fer du Midi, anciennes.

79 obligations du chemin de fer du Midi, nouvelles.

3.930 francs de rente 3 % amortissable.

100 obligations du chemin de fer d'Orléans.

295 obligations de chemin de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

25 obligations de chemin de fer Paris Lyon-Méditerranée (achetées en décembre 1905).

50 obligations du chemin de fer de l'Est, nouvelles.

69 obligations de la Banque hypothécaire de France, 1881.

480 obligations de la Banque hypothécaire de France, 1880.

Le Trésorier,
Dr VERDALLE,
3, boulevard d'Alsace, Cannes.

REPORTAGE MÉDICAL

La pléthore médicale en Indre-et-Loire. — La préfecture d'Indre-et-Loire vient de publier la statistique officielle des professions médicales à la date du 1er janvier 1906.

Il y a dans notre département 186 médecins, 101 pharmaciens et 137 sages-femmes. Il est intéressant de considérer la répartition de chacune de ces professions suivant les arrondissements :

ARRONDISSEMENT		Population recensement de 1906	Médecins	Pharmaciens	Sag.-femmes
TOURS	Ville de Tours	64.775	69	40	35
	Arrondissement	128.523	60	32	53
Chinon		86.049	33	19	21
Loches		62.274	24	10	28

Il y a donc dans la ville de Tours un médecin pour 940 habitants. C'est là une très forte moyenne, indice très manifeste d'une pléthore considérable, qui n'est pas sans apporter quelque gêne à l'exercice de la profession médicale. Cette pléthore existe également dans la partie rurale de l'arrondissement de Tours, où il y a un médecin pour 2.135 habitants. Dans l'arrondissement de Chinon la proportion est de 1 médecin pour 2.460 habitants ; dans celui de Loches, le moins riche, de 1 médecin pour 2.640 habitants.

Cet encombrement est d'autant plus grave que la grande majorité des médecins actuellement exerçant sont des hommes jeunes. En effet, en nous basant sur la date de l'obtention des diplômes universitaires, nous voyons que 19 médecins ont été reçus avant 1870, 48, de 1871-1890, 78, de 1891-1900 et 41 depuis 1901.

Donc, sur 186 médecins, 119 exercent depuis moins de quinze ans, soit 65 0/0. Le département d'Indre-et-Loire est un des trois départements français où la moyenne de l'âge des médecins soit aussi jeune.

Il est intéressant de connaître dans quelle facultés nos médecins tourangeaux ont acquis leurs grades. La très grande majorité, 140, sont docteurs de la Faculté de Paris ; 15 sont docteurs de la Faculté de Bordeaux ; 6, de la Faculté de Montpellier ; 4, de la Faculté Strasbourg-Nancy ; 4, de la Faculté de Lyon ; 3, de celle de Toulouse, et 1, de celle de Lille. 12 *officiers de santé* ont été reçus devant l'Ecole de médecine de Tours, et 1 devant celle de Rennes.

Les renseignements que nous fournit ainsi la statistique de la Préfecture d'Indre-et-Loire sont de toute première importance. Il serait à désirer que ces chiffres fussent plus connus dans les milieux où se recrutent les jeunes médecins, et dans les familles où l'on discute sur le choix d'une carrière indépendante pour le fils aîné ou le fils unique.

Il est plus facile de convaincre par les chiffres que par les raisonnements.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours de vacances de radiologie médicale sera professé par M. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, tous les jours de la semaine avant Pâques, du dimanche 8 avril au samedi 14 avril.

Matin, 10 h.: Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, 11 h. : Exercices pratiques de radioscopie particulièrement appliquée à l'exploration des organes thoraciques et de l'estomac.

Soir, 2 h.: Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine ; il commencera le dimanche 8 avril à 10 h. du matin à l'hôpital Saint-Antoine.

Les droits à verser pour les exercices pratiques sont de 100 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 9 avril dans le laboratoire de M. Béclère.

M. le Prof. F. de LAPERSONNE, assisté de MM Weiss, professeur agrégé de physique; Poulard chef du laboratoire de la clinique ophtalmologique. Gellé, chef des travaux de rhinologie, commencera le mardi 24 avril 1906, à 3 heures, dans l'amphithéâtre Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu, un cours de technique ophtalmologique, avec exercices pratiques.

Horaire du cours. — Mardi et samedi à 3 heures: Médecine opératoire. Lundi et jeudi à 3 heures: Ophtalmométrologie. Mercredi et vendredi à 3 heures: Examens otorhinologiques ; Anatomie pathologique et bactériologie.

Le cours de perfectionnement durera environ six semaines. Le droit à verser est de 50 francs.

M. Amédée BAUMGARTNER, prosecteur, ouvrira un cours de médecine opératoire spéciale sur les opérations gynécologiques, le mercredi 25 avril 1906, à 1 h 1/2.

Le cours aura lieu tous les jours et sera complet en 10 leçons. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité; le droit à verser est de 50 francs.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Docteur LAFITTE, de La Brède (Gironde), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3 place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année | N° 14 | 8 AVRIL 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les résultats financiers de l'assurance-accidents du travail jusqu'en 1904.

Pour les besoins d'une mauvaise cause, les agents d'assurances (et les confrères qui se font leur écho, afin d'excuser une attitude déontologique désormais bien condamnée) s'en vont partout colportant les plus fausses légendes sur les pertes que causent aux assureurs philanthropes la loi de 1898, accidents du travail.

Nous n'avons jamais négligé de contredire ces assertions par les renseignements puisés chez nous ; mais les mêmes confrères (?), intéressés à rester dans le camp adverse, niaient crânement et obstinément tout ce que nous opposions aux dires de leurs Grands Patrons.

Si leur naturel penchant pour la dépendance a laissé encore subsister dans leur conscience quelque souci de la vérité, ils trouveront à l'*Officiel* du 25 mars, un document, dont la lecture les fera enfin se lancer sur leur chemin de Damas.

C'est vingt pages de considérations et de chiffres, qu'ils devraient s'offrir à titre de pénitence bien méritée. Mais, à tout péché miséricorde : nous avons encore une fois pris leur peine pour nous, ne serait-ce que dans le but de leur enlever l'excuse d'avoir reculé devant la corvée.

Le travail en question est le rapport annuel du contrôle ministériel sur les opérations des Compagnies d'assurances-accidents. On ne l'a pas rédigé dans un esprit de tendresse pour nos opinions et nos vues : il est même inspiré par les études d'un Comité consultatif où l'on trouve un tas d'assureurs et... pas un seul médecin. Bon nombre de choses lui ont aussi été cachées avec soin par les Compagnies ; il l'avoue sans périphrases. Ses conclusions sont donc uniquement dictées par des statistiques d'assureurs relevées telles qu'elles ont été fournies, et interprétées sous l'assentiment de ceux-ci.

Leur éloquence n'en est que plus *entraînante* et dispense à peu près de tout commentaire, ainsi qu'on va juger par quelques chiffres.

Pour la rédaction de son dernier chapitre qu'il intitule : « Résultats généraux » le rapporteur réunit les données qui s'appliquent aux années 1901, 1902, 1903. Il les fait passer sous nos yeux de la façon suivante.

1° *Salaires assurés par toutes les compagnies.*

1901..	2.828.498.832 fr.	en augmentation constante.
1902..	2.949.882.941 fr.	
1903..	3.056.854.767 fr.	

2° *Total des primes ou cotisations.*

1901..	52.451.438 fr.	en augmentation constante.
1902..	54.048.626 fr.	
1903..	59.874.899 fr.	

3° *Règlement des sinistres* : (indemnités journalières, capitaux constitutifs de rentes, réserves

complémentaires, frais médicaux et pharmaceutiques, frais funéraires réunis.

1901..	43.525.140 fr.
1902..	49.670.079 fr.
1903..	46.313.476 fr.

Dans le coût des sinistres, *les frais médicaux et pharmaceutiques*, entrent pour les sommes suivantes :

1901..	5.416.893 fr.	à peu près 1/10 de la prime.
1902..	6.464.425 fr.	
1903..	6.640.409 fr.	

4° *Frais de gestion.*

1901..	11.831.836 fr.	2/10 de la prime.
1902..	11.921.915 fr.	
1903..	13.471.545 fr.	

5° *Frais judiciaires.*

1901..	1.609.137 fr.	1/20 de la prime.
1902..	2.572.397 fr.	
1903..	2.336.897 fr.	

L'addition des dépenses comprises sous les rubriques : règlement des sinistres, frais de gestion, frais judiciaires, et la comparaison avec le total des primes, met bien en évidence pour chaque année un déficit de quelques millions.

Mais chacun sait que la cause de cette situation fut tout simplement la concurrence que se firent, à cette époque, les Compagnies, par un rabais excessif des primes. Nous l'avions dit souvent ; le Ministre à son tour l'affirme en ces termes : « Il n'est cependant pas excessif d'en conclure moins à l'aggravation du coût des sinistres qu'à l'insuffisance initiale des primes réclamées. »

Les primes ayant été relevées depuis lors, le déficit ne se prolonge certainement plus à cette heure. Nous savons même que la situation est excellente.

En tout cas, si les dépenses sont excessives, dans quel chapitre faut-il sabrer les abus ?

Les frais médicaux et pharmaceutiques prennent un dixième de la prime ; tout le corps médical français est rémunéré avec cela, ainsi que les pharmaciens et hôpitaux, et on crie sur leurs exigeances.

Pendant ce temps, les traitements et dépenses des assureurs eux-mêmes prennent le cinquième de cette même prime, et quand on sait comment la répartition en est faite, on n'a plus beaucoup à se casser la tête pour trouver les économies à réaliser.

De même, si l'on remarque que le budget de la chicane atteint la moitié de celui des frais médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, etc... on est édifié tout à fait sur le caractère de philanthropie et de protection sociale que les Compagnies donnent à leur administration, sous l'œil indifférent des grands républicains égalitaires qui nous gouvernent.

Et, après cet examen qui nous permet de conclure « *Habemus confitentem reum* » ; après constatation des cotes qu'atteignent en Bourse les actions des Compagnies, nous nous demandons s'il doit encore rester chez les médecins quelques âmes simples capables de s'attendrir aux larmes de crocodile de nos pauvres assureurs.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le traitement de l'hémarthrose.

M. le Dr Marchais a publié dans les bulletins de l'Assoc. des cours de vacances, un petit article très pratique, sur la meilleure méthode de traitement de l'hémarthrose. Voici, en quelques lignes, sa méthode :

Le malade est au lit. Le premier et le deuxième jour, contre la douleur, pas d'appareil, des compresses d'eau très chaude ou très fraîche, *ad libitum*. Massage très doux de la cuisse. Cet effleurage atténue ou fait disparaître la contracture du triceps.

Le troisième jour, ponction. Un trocart, de l'eau pour le faire bouillir, de l'eau chaude et du savon, de l'alcool ou de l'éther : le genou du malade est propre, on a les mains propres, le trocart est propre et l'opération est d'une simplicité enfantine.

Pansement collodionné ; le malade a la permission de remuer sa jambe dans le lit, s'il le peut — et il le peut toujours.

Le quatrième jour, massage du genou et de la cuisse. Le malade se lève.

A partir de ce moment, le malade marchera tous les jours davantage. Il peut être bon de continuer le massage, voici pourquoi : un peu d'épanchement peut se reproduire, le massage en favorisera la résorption. A aucun prix, il ne faut conseiller le repos au lit : cet épanchement secondaire disparaîtra en trois ou quatre jours.

Ainsi, le médecin n'a pas l'ennui de faire un appareil, de le surveiller, et l'hémarthrose simple entraîne une incapacité de travail au maximum de quinze jours.

L'empoisonnement par le gaz d'éclairage.

Dans une récente leçon clinique de l'hôpital Beaujon, M. le professeur Robin vient de traiter la question de l'intoxication oxycarbonée par le gaz d'éclairage. Ce ne sont pas, dit-il, les carbures d'hydrogène du gaz d'éclairage, qui causent les accidents toxiques, c'est uniquement la présence de l'oxyde de carbone, dont le gaz contient de 10 à 20 pour 100, suivant qu'il est bien ou mal préparé et épuré.

« L'étiologie est mise en évidence, non seulement par les symptômes, qui sont ceux de l'intoxication oxycarbonée, mais surtout par l'examen spectroscopique du sang qui montre, après emploi de réducteur (sulfhydrate d'ammoniaque), la persistance des deux bandes, signes de l'hémoglobine oxycarbonée. A noter que si le sang contient moins de 6 pour 100 d'oxyde de carbone, la guérison est probable, s'il en contient 12 pour 100 elle est problématique ; à 15 pour 100, la mort est à peu près certaine.

« *Symptômes.* — Deux périodes. Dans la pre-

mière, maux de têtes, vertiges, bourdonnements d'oreilles, hallucinations, puis tremblement des membres, accélération de la respiration et du rythme cardiaque. Il y a parésie musculaire variable, qui peut empêcher l'intoxiqué de se procurer l'air nécessaire, en allant ouvrir une fenêtre, ou d'appeler au secours. Alors surviennent la somnolence et les nausées, parfois les vomissements.

« A la deuxième période, il y a exagération des symptômes précédents, torpeur, coma ; les réflexes s'atténuent et disparaissent, sauf le cornéen et le sternal. A cette seconde période, la mort est la règle ; elle est, au contraire, l'exception, si les soins ont été donnés avant qu'elle apparaisse.

« *Evolution.* — Ces deux catégories de symptômes répondent à deux phases de l'empoisonnement, la première d'excitation, plus violente et plus courte chez les sujets jeunes, parce que leur ventilation pulmonaire est plus active ; la seconde de dépression, dont la durée et l'intensité dépendent de la quantité de gaz absorbée, nous avons dit que si cette quantité est considérable, le coma apparaît et qu'alors la mort est à craindre ; la dyspnée, la cyanose, en sont les signes avant-coureurs. Si, enfin, la guérison doit survenir, il y a une troisième phase qui rappelle la première par ses symptômes, mais dont la manifestation va progressivement en diminuant.

« Mais de nouveaux accidents surgissent alors : amnésies, paralysies partielles ou généralisées, mais passagères, liées a des névrites, œdèmes locaux, anémie. Certains malades ont, en outre, de la glycosurie signe presque constant au début de l'intoxication, mais glycosurie légère et qui disparaît à la guérison ; sa persistance asssombrit en général le pronostic. Quant à l'albuminurie, également signalée, elle n'existe qu'une fois sur cinq cas.

« *Anatomie pathologique.* — Chez l'individu qui a succombé à cette intoxication, les téguments sont rougeâtres, la face est vultueuse, le sang rutilant ou noir, suivant que la mort est survenue plus ou moins vite. Il y a des ecchymoses, des névrite périphériques, des pneumonies lobaires, parfo s des foyers de ramollissement cérébral.

Traitement. — Il doit être institué le plus rapidement possible. Tout d'abord à l'air, assis, et non couché, l'asperger d'eau fraîche, le frictionner énergiquement, principalement les membres. S'il ne respire pas, employer la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue, pratiquer une saignée de 400 à 500 grammes de sang ou, à son défaut, mettre des ventouses scarifiées à la base du poumon, ou au cou, ou des sangsues ; enfin, faire respirer de l'oxygène pur et de l'ammoniaque, qui excite puissamment la muqueuse pituitaire ; aussitôt que la respiration reprend, électriser les nerfs phréniques. Un purgatif (séné, sulfate de soude) sera également très utile pour décongestionner le malade. Enfin, si tous ces moyens échouent, il faut tenter la transfusion sanguine ou l'injection intraveineuse de 300 à 500 grammes de sérum artificiel.

« Mais tout n'est pas fini pour le médecin, quand le malade revient à lui. Il y a les accidents consécutifs dont il faut grandement se préoccuper : paralysies, troubles vaso-moteurs, anémie, que l'on traitera par les moyens classiques ; il y a surtout les névralgies intercostales, iléo-lombaires, violentes, tenaces, dont se plaignent tous les malades. Ces névralgies, vous les traiterez non par l'antipyrine, qui a une action toxique sur le sang mais par les opiacés, morphine, extrait thébaïque ou poudre d'opium. »

La pneumonie traumatique et la loi sur les accidents.

M. le Dr René Mora a consacré sa thèse à l'étude de la pneumonie traumatique, c'est-à-dire celle qui succède à un traumatisme quelconque, que celui-ci ait porté sur le thorax ou sur toute autre partie du corps. Le traumatisme agit directement en produisant une déchirure du poumon et créant ainsi un foyer hémorragique intra-pulmonaire, indirectement par l'intermédiaire du système nerveux, en amenant par voie réflexe une vaso-dilatation extrême pouvant occasionner la rupture d'artérioles et une suffusion sanguine dans le parenchyme pulmonaire.

Dans ces deux cas, le traumatisme paralyse les moyens de défense de notre organisme et le poumon se trouve à la merci de l'envahissement du pneumocoque, hôte normal de nos voies respiratoires.

Le tableau clinique de la pneumonie traumatique est absolument le même que celui de toute pneumonie franche aiguë. Cependant, de par son étiologie spéciale, le mode de début peut présenter, dans certains cas, quelques particularités intéressantes.

Le pronostic est sévère, aggravé surtout par les tares antérieures du sujet, de l'alcoolisme en tête.

Les lésions constatées à l'autopsie sont celles de toute pneumonie quant aux lésions pulmonaires. On trouve en outre les lésions de la paroi causées par le traumatisme, indice important au point de vue médico-légal.

En présence d'une pneumonie succédant à un accident du travail, il faudra d'abord faire la preuve que le blessé n'avait pas de pneumonie au moment de son accident puis que cette pneumonie constatée est bien en relation directe avec le traumatisme.

D'autres questions peuvent être soulevées incidemment en jurisprudence : une tuberculose se greffant sur un foyer de pneumonie traumatique doit-elle être considérée comme le résultat du traumatisme initial ? Doit-on tenir compte, dans l'appréciation du dommage causé par l'accident, de l'état antérieur du malade, particulièrement de ses habitudes alcooliques, qui, on le sait, ont une fâcheuse influence sur toute pneumonie ? Questions bien délicates et encore insolubles.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le Prof. agrégé Teissier.

Valeur séméiologique des modifications des bruits normaux du cœur.

Je me suis efforcé, dans une précédente leçon, de vous démontrer la supériorité de la séméiologie objective sur la séméiologie subjective. Nous allons trouver, aujourd'hui, dans l'étude de l'auscultation des bruits normaux du cœur, le meilleur exemple de cette supériorité.

Mais, ne l'oubliez pas, pour qu'un phénomène reconnu par votre oreille devienne un signe, il est nécessaire d'en interpréter l'origine réelle et la valeur. Potain a souvent dit et répété que la constatation d'un bruit ou d'un fait anormal ne suffisait pas à faire conclure à une lésion : certaines de ces anomalies sont purement fonctionnelles ou se produisent dans des conditions qui n'ont rien de morbide. Ainsi, vous verrez qu'à côté des dédoublements symptomatiques du rétrécissement mitral, il est des dédoublements physiologiques, à côté des souffles dus aux altérations des orifices, il est des souffles extra-cardiaques, à côté du pouls veineux de l'insuffisance tricuspidienne, il est de faux pouls veineux. Il y a là toute une série de notions importantes à connaître.

L'auscultation du cœur.

Parmi les procédés d'exploration physique qui permettent d'arriver à la connaissance de la séméiologie cardiaque, l'auscultation est un des plus précieux. L'auscultation du cœur porte sur trois variétés de bruits qui sont : des bruits de tension, des bruits de frottement et des bruits de souffle. Les bruits de tension, en outre, comprennent une série de sous-divisions : bruits de tension, valvulaire, bruits de tension de la paroi musculaire cardiaque (bruit de galop, choc diastolique), et bruits, plus rares, de tension péricardique.

Cette schématisation vous montre que l'auscultation du cœur ne doit pas consister seulement à poser votre oreille sur la région précordiale et à noter uniquement les bruits anormaux. Il faut aussi écouter les bruits normaux et apprécier leurs qualités en plaçant l'oreille ou le stéthoscope aux points où ces bruits ont leur maximum. L'importance des modifications des bruits normaux a été bien mise en lumière par Potain. Nous savons, par exemple, que l'endocardite du rhumatisme articulaire aigu se traduit, au début, par des changements du timbre des bruits du cœur. Grâce à ces altérations, l'oreille peut dépister l'endocardite commençante, suivre sa marche, se rendre compte si elle persiste ou si elle s'amende. Attendre, comme on le faisait jadis, pour diagnostiquer l'endocardite, qu'il se produise un bruit de souffle, c'est attendre que la lésion soit achevée, irrémédiable.

Pour ces différentes raisons, je vais étudier devant vous la valeur séméiologique des bruits normaux du cœur et ce qui a trait aux dédoublements.

Les bruits normaux du cœur.

Vous connaissez le rythme de la révolution cardiaque. Elle se compose de deux bruits et de deux silences.

Le premier bruit est dû à la fois à la chute des valvules auriculo-ventriculaires et à la tension du muscle cardiaque. Ce premier bruit est plus sourd, moins claquant que le second bruit, les valvules auriculo-ventriculaires n'étant pas libres comme les valvules sigmoïdes. Il convient de remarquer également que les orifices auriculo-ventriculaires sont plus éloignés de l'oreille que les orifices artériels.

Le second bruit est net, claquant, et dû à la chute des valvules sigmoïdes aortiques et pulmonaires.

Les bruits en question sont des sons et, comme tous les sons en général, ils présentent trois qualités. En séméiologie cardiaque, nous devons surtout retenir deux de ces qualités, plus particulièrement intéressantes pour le clinicien : le timbre et l'intensité.

Altérations du timbre des bruits normaux du cœur.

J'aurai, ultérieurement, l'occasion de revenir sur le timbre. Ce timbre peut être assourdi, dur, etc. Au cours du rhumatisme articulaire aigu, la constatation d'un assourdissement des bruits du cœur dénonce l'endocardite commençante, la tuméfaction des valvules. Les bruits, après avoir été sourds, redeviennent-ils normaux, c'est que l'endocardite guérit. Prennent-ils, au contraire, dans la suite, un timbre dur, c'est que l'endocardite progresse. Ainsi, il est possible d'apprécier l'invasion et l'évolution de l'endocardite dans le cours de la fièvre rhumatismale polyarticulaire, et cela à une époque où la thérapeutique a des chances d'être utile, les lésions n'étant pas encore définitives.

Altérations de l'intensité des bruits normaux du cœur.

Il est facile de comparer l'intensité du bruit mitral et l'intensité du bruit tricuspidien. Les deux points où se recherchent ces bruits (la pointe pour l'orifice mitral, l'appendice xiphoïde pour l'orifice tricuspidien) sont, en effet, notablement écartés l'un de l'autre.

La distinction des deux bruits artériels (aortique et pulmonaire) est, par contre, plus délicate, l'un et l'autre ayant à peu près le même foyer d'auscultation : on différenciera leurs intensités en écartant légèrement l'oreille (ou le stéthoscope), à gauche pour le bruit pulmonaire, à droite pour le bruit aortique.

Les variations de l'intensité des bruits cardiaques dépendent quelquefois de conditions qui sont purement physiologiques. Ainsi la cage thoracique des individus maigres transmet mieux les sons que les poitrines épaisses, ouatées de graisse, des sujets obèses. Il en est de même du thorax souple et élastique, des enfants. Dans ces cas, les bruits du cœur sont normalement plus intenses.

Les bruits cardiaques peuvent aussi varier de force, sous l'influence de particularités extra-cardiaques. Lorsque, par exemple, la lame de

poumon qui recouvre le cœur est atteinte d'emphysème, les bruits sont mal transmis, l'air enfermé dans les alvéoles pulmonaires troublant la conduction des sons. Inversement, lorsque le poumon découvre le cœur, il y a généralement exagération de l'intensité des bruits. Potain a raconté, à ce propos, l'histoire suivante : une jeune fille offrait, à l'auscultation, une intensité telle de bruit aortique que l'on avait porté le diagnostic d'aortite. Or, aucun autre signe ne justifiait un tel diagnostic. Recherchant quelle pouvait bien être la cause de ce phénomène, Potain la trouva dans ce fait que le bord du poumon ne recouvrait pas l'aorte : la submatité aortique le démontrait. D'autres fois, il y a devant l'aorte un poumon induré par tuberculose ou sclérose pulmonaire : ici encore le bruit cardiaque est exagéré.

L'intensité des bruits du cœur est en rapport avec la pression cardiaque. Tout ce qui augmente cette dernière — l'exercice, les émotions, la fièvre — est susceptible d'accroître l'intensité des bruits du cœur. Il en est ainsi dans les affections aiguës, fébriles, où l'activité cardiaque est plus grande : on ne doit pas, en pareils cas, faire intervenir la tension vasculaire, car elle est quelquefois diminuée.

Lorsque vous avez éliminé les causes dont je viens de parler (conditions physiologiques, extra-cardiaques, suractivité du cœur), vous êtes amenés à interpréter l'augmentation d'intensité des bruits du cœur comme une conséquence d'un excès de tension vasculaire. C'est principalement dans l'artère pulmonaire que le fait offre de l'importance. L'intensité du second bruit peut être accrue dans certaines affections pulmonaires (tuberculose, sclérose), dans certains états morbides gastriques, hépatiques ou utérins, qui jouent le rôle de cause excitatrice périphérique. Il est des malades, atteints de gastropathies, qui ont par voie réflexe une altération de la circulation pulmonaire et une exagération du 2e bruit cardiaque. Ce petit signe (l'hyperintensité du second bruit) a donc un grand intérêt puisqu'il permet de reconnaître des affections parfois étrangères au cœur. Il dénote, de plus, une réelle susceptibilité cardiaque ; le cœur, chez ces malades, sera surveillé au point de vue d'une dilatation secondaire possible du ventricule. La thérapeutique sera celle de la cause.

Je passe maintenant à la diminution de l'intensité des bruits du cœur. Retenez que, dans la myocardite des maladies aiguës, l'intensité du 1er bruit mitral est diminuée. C'est là, indiscutablement, un bon signe de myocardite aiguë. Vous apprécierez mieux l'atténuation du bruit mitral lorsque — ce qui arrive assez souvent — le bruit tricuspidien et les deux bruits artériels sont peu touchés. Ce signe cependant ne relève pas toujours de la myocardite. Il se produit également dans les ralentissements des mouvements du cœur. D'autre part, tous les bruits du cœur sont diminués dans quelques affections extra-cardiaques, l'emphysème, la péricardite avec épanchement en particulier.

Les dédoublements.

Le dédoublement des bruits du cœur est une arythmie spéciale, *distincte des autres variétés d'arythmie. C'est une répétition de deux bruits* égaux. L'intervalle entre les deux parties du bruit dédoublé est quelquefois si faible qu'il y a apparence de bruit prolongé. Le plus ordinairement, c'est un rythme à trois temps, un bruit de rappel, de caille, de tambour.

Le dédoublement peut porter sur le premier ou le second bruit. Il peut survenir dans des conditions physiologiques, simplement fonctionnelles, ou dans des états pathologiques du cœur. Il porte alors sur le second bruit et est presque exclusivement symptomatique d'un rétrécissement mitral.

Les dédoublements physiologiques et fonctionnels sont fréquents, ainsi que l'ont montré Potain et Walshe. Ce dernier auteur estime — et la proportion qu'il donne est exacte — que 95 % des dédoublements ne sont pas en rapport avec une cardiopathie.

Quels sont les caractères des dédoublements physiologiques, non cardiopathiques ? Ces dédoublements sont sous la dépendance de la respiration, ce qui les rend *intermittents*, puisqu'il y a moins de mouvements respiratoires (16 à la minute) que de battements cardiaques (76 à la minute). C'est seulement dans les cas où la respiration est accélérée et où le cœur bat lentement que le dédoublement peut devenir constant.

Il est aussi des caractères particuliers aux dédoublements physiologiques et fonctionnels du premier et du second bruits. Le dédoublement du second bruit se produit à la fin de l'inspiration et au commencement de l'expiration, quand l'oreille est soulevée par le thorax achevant sa dilatation, et le dédoublement du premier bruit a lieu à la fin de l'expiration et au début de l'inspiration. Ceci est exact lorsque la respiration est libre ; mais lorsqu'elle est gênée (ce que l'on provoque, par exemple, en disant au sujet de fermer la glotte), les conditions sont inversées, le dédoublement du premier bruit prend la place du dédoublement du second bruit et réciproquement.

Les dédoublements en question — et j'espère vous avoir convaincus de leur intérêt clinique — sont communs. L'exercice, la marche, la fièvre (les grands états fébriles, la scarlatine, l'érysipèle surtout), certaines affections gastriques et utérines (par voie réflexe) les provoquent fréquemment.

Contrairement aux précédents, les dédoublements cardiopathiques — je parle des dédoublements du 2e bruit, car on est peu fixé sur ceux du 1er bruit — sont *constants* et n'ont aucune relation avec les mouvements respiratoires. Ils appartiennent le plus ordinairement au rétrécissement mitral.

Deux mots, enfin, de pathogénie. Pour expliquer les dédoublements des bruits du cœur, on admet généralement, avec Potain, qu'ils relèvent des changements de l'équilibration habituelle des pressions intra-cardiaque et vasculaire. Suivant que ces changements sont variables (respiration) ou constants (lésion mitrale), le dédoublement est lui-même variable (dédoublement physiologique) ou constant (dédoublement pathologique).

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

OTOLOGIE

Sur l'otite moyenne aiguë et sur son traitement.

L'inflammation aiguë de l'oreille moyenne est une affection grave, car par sa propagation à la

cavité cranienne, elle peut mettre en danger la vie du malade.

Il ne faut pas confondre l'inflammation aiguë avec le catarrhe aigu de l'oreille moyenne ; toute une série de formes de transition relient bien l'une à l'autre ces deux affections ; mais celles-ci se différencient néanmoins, car dans l'inflammation on trouve, à côté d'une exsudation souvent abondante, d'une hyperémie notable, d'une tuméfaction de la muqueuse de la caisse, toujours une participation du tympan ; or tel n'est pas le cas pour le catarrhe aigu.

L'inflammation aiguë de l'oreille moyenne est souvent une conséquence d'un catarrhe purulent du naso-pharynx, d'une angine, de la diphtérie, d'un exanthème aigu, de la fièvre typhoïde, de la grippe.

L'infection est provoquée par des microorganismes et ce sont le plus souvent le diplococcus pneumoniæ de Frankel-Weichselbaum, le staphylococcus pyogenes aureus et albus, le streptococcus pyogenes.

L'intensité de l'inflammation dépend de la virulence des bactéries, ainsi que des différents facteurs qui peuvent favoriser leur développement dans la caisse du tympan.

Presque toujours l'otite moyenne aiguë s'accompagne d'un état gastrique marqué. C'est pourquoi, chez les petits enfants en particulier, il faut toujours penser à une inflammation aiguë de l'oreille, lorsqu'on se trouve en présence de troubles gastriques hyperthermiques ; il en est de même pour une affection pulmonaire, une bronchite par exemple, qui s'accompagne d'une température particulièrement élevée, car la coexistence de ces deux affections n'est pas chose très rare.

Parfois chez les jeunes enfants, ce sont aussi les symptômes cérébraux qui prédominent, et peuvent faire croire à une méningite : certains nourrissons, dit le Dr Klau (*Thérap. Monatsh.*, janvier 1906.), présentent quelquefois un état complet de somnolence, que fait disparaître la paracentèse du tympan, en même temps que survient la guérison.

L'exsudat de la caisse tympanique est séreux, séro-sanguinolent, muco-purulent, ou franchement purulent. Le plus souvent il est, au début, séro-sanguinolent, et devient ensuite purulent. Dans certains cas, il est purulent d'emblée.

Quand l'inflammation de l'oreille moyenne est très intense, elle peut gagner la partie la plus interne du conduit auditif externe. Ces circonstances réduisent le calibre du conduit et rendent plus difficile l'examen du tympan. L'inflammation s'étend parfois aussi aux os du voisinage, au labyrinthe, au nerf facial, à la cavité crânienne (méningite, abcès du cerveau, pyémie avec thrombose des sinus).

Dans la scarlatine, plus rarement dans la diphtérie, il n'est pas rare d'observer une perte totale du tympan, qui s'accompagne même de l'élimination des osselets.

Une carie rapidement progressive de l'apophyse mastoïde s'observe le plus souvent dans la grippe maligne ; la dure-mère peut être mise à nu ; les cellules mastoïdiennes sont détruites, et comblées par des granulations avec une faible quantité de pus.

Enfin l'inflammation, se propageant par le périoste du conduit auditif externe peut déterminer des abcès sous périostés de l'apophyse ou du temporal, sans participation des cellules mastoïdiennes.

Si le catarrhe aigu de l'oreille moyenne produit rarement la perforation du tympan, il n'en est pas de même pour l'inflammation aiguë, qui amène cette complication, le plus souvent au bout de quelques jours. La durée de l'écoulement est très variable ; dans les cas légers à écoulement purement séreux, celui-ci se tarit déjà en quelques jours. Dans la forme purulente il persiste plus longtemps, durant des semaines dans les cas graves. Si cet écoulement dure plus de 6 ou 8 semaines, sans qu'il puisse y avoir une influence constitutionnelle, il faut penser à une participation des cellules mastoïdiennes.

L'otite moyenne sans complications aboutit généralement à la *restitutio ad integrum* si le traitement a été bien fait ; exceptionnellement, elle aboutit à la forme chronique, et encore faut-il, en ces cas, incriminer des facteurs constitutionnels. En l'absence de complications, la persistance de la perforation tympanique est également chose rare : cet accident peut donner lieu à de fréquentes récidives. Et même dans les cas graves avec mastoïdite, la guérison est de règle générale, si la trépanation a été faite en temps opportun. Le plus souvent l'acuité auditive redevient normale ; il en est de même de la conduction osseuse du son, qui peut être diminué au début par suite d'une hyperémie inflammatoire du labyrinthe.

Tout autre est la situation pour les formes graves de l'inflammation aiguë : celles-ci, qui sont consécutives à la scarlatine, à la diphtérie, à la fièvre typhoïde, ont déterminé une perte définitive du tympan. Les récidives deviennent fréquentes, car la muqueuse reste exposée à l'influence de tous les facteurs nocifs d'origine externe. Dans les formes tout à fait graves, gangreneuses, de la scarlatine, l'inflammation est souvent chronique d'emblée à cause de la carie des osselets.

La tuberculose, la syphilis, le diabète sucré, sont également susceptibles d'amener une suppuration chronique.

Quand il y a complication de méningite, l'espoir d'une guérison est faible ; néanmoins dans certains cas une intervention peut être tentée, tant que la méningite reste circonscrite.

Une opération seule peut sauver le malade dans les cas d'abcès du cerveau, et de thrombose des sinus.

Les paralysies du facial, qui chez les enfants surtout peuvent apparaître dès le début et sont dues à une déhiscence de l'aqueduc de Fallope, guérissent généralement. Lorsqu'elles apparaissent tardivement, leur pronostic est plus sérieux car le plus souvent elles sont liées à une carie osseuse.

Les bourdonnements d'oreille, qui manquent rarement, s'observent encore longtemps après l'occlusion de la perforation ; parfois ils persistent définitivement.

Les inflammations aiguës de l'oreille moyenne exigent un traitement sérieux. Il est certainement toute une série de cas légers qui guérissent spontanément ; mais le plus souvent une thérapeutique mal ordonnée laisse persister durant des années certaines infirmités consécutives.

Avant tout le médecin doit proscrire toute médication irritante au stade inflammatoire.

La première fois que l'on examine le malade, il est bon de faire un lavage du conduit auditif ex-

terne pour enlever tous les débris épithéliaux et les bouchons de cérumen. Ce lavage, fait sous très faible pression, a l'avantage de faciliter l'examen du tympan.

Si l'on trouve cette membrane rouge, mais seulement bombée d'une façon modérée, si l'état général est bon, les douleurs supportables, la fièvre modérée, on peut essayer de lutter contre l'inflammation par des enveloppements humides de l'oreille. Klau conseille d'introduire dans le conduit auditif externe un tampon d'ouate imbibé d'eau bouillie, et de recouvrir tout le pavillon de l'oreille d'une compresse humide : celle-ci doit s'étendre également sur l'apophyse mastoïde ; sur le tout on applique un imperméable, puis une couche de coton sec, afin d'éviter l'accès de l'air, on change le pansement toutes les 3 heures, ou plus souvent suivant les douleurs éprouvées par le malade. On prescrit en outre un purgatif, la diète liquide, et le repos au lit.

Klau condamne d'une manière rigoureuse les compresses chaudes, qui macèrent le tympan, et souvent activent sa perforation ; c'est là peut-être un avantage, mais il ne pas rechercher cette action de paracentèse dans l'emploi des compresses. Les compresses doivent être résolutives, elles doivent amener la résorption de l'exsudat. Or telle ne peut être l'action des compresses chaudes ; on ne peut guère recommander dans ce but que la vessie de glace, les compresses humides froides, ou tout au plus tièdes. Les frictions de pommade mercurielle sur l'apophyse mastoïde sont inutiles ; il en est de même des vésicants. On ne doit pas appliquer de sangsues, soit en avant, soit en arrière de l'oreille, car elles ne sont pas aseptiques, et ne produisent le plus souvent qu'une tuméfaction inflammatoire.

Si les compresses humides, suivant le mode indiqué plus haut, n'amènent pas une sédation de la fièvre et des douleurs au bout de 2 ou 3 jours, il est indiqué de faire la paracenthèse du tympan. Même si l'examen otoscopique permet d'espérer une perforation spontanée, dans le cas par exemple où cette membrane bombe fortement, il est préférable d'en faire la paracentèse ; la guérison est plus rapide surtout quand l'épanchement est franchement purulent.

Si, à l'instant où l'on examine pour la première fois le malade, l'inflammation, la fièvre et les douleurs existent depuis quelques jours, il faut aussitôt pratiquer la paracentèse, sans perdre un temps précieux à l'emploi des cataplasmes.

C'est là une intervention qui est même indiquée dès le premier jour de la maladie s'il y a douleurs très violentes, fièvre très élevée, si le tympan bombe fortement : ces phénomènes permettent en effet de diagnostiquer une inflammation d'un caractère particulièrement intense. D'ailleurs, on ne peut en pareille matière énoncer de règle fixe ; pour chaque cas pris en particulier les compresses humides et la paracentèse doivent être mises en discussion.

Certains auteurs condamnent la paracentèse, car ils ont cru remarquer que l'otite aiguë affectait toujours une évolution cyclique. Klau ne partage pas cet avis ; on doit, dit-il, pratiquer la paracentèse chaque fois que l'on trouve la triade symptomatique de Körner : tympan bombé en totalité ou en partie, douleurs intenses, fièvre élevée. Plus la paracentèse est précoce dans ces conditions, plus rapide est la guérison, plus rares deviennent les complications.

Une paracentèse, pratiquée en temps opportun, évite bien des affections du labyrinthe, car l'ouverture précoce du tympan diminue l'intensité de l'inflammation dans l'oreille moyenne et ne laisse pas au processus inflammatoire le temps de gagner le labyrinthe.

Cette intervention fait disparaître aussitôt les douleurs souvent intolérables ; c'est là un fait que l'on observe dans la plupart des cas ; s'il ne se produit pas, c'est que les cellules mastoïdiennes sont envahies, ou que le tissu osseux est infecté.

Chaque fois que, dans une inflammation aiguë de l'oreille moyenne, l'apophyse mastoïde est douloureuse, soit spontanément, soit à la pression, Klau pratique aussitôt la paracentèse. Cette douleur indique en effet que l'inflammation a gagné les cellules mastoïdiennes ; il faut donc rapidement créer une issue au pus, pour que l'infection mastoïdienne puisse rétrocéder. On applique une vessie de glace sur l'apophyse.

Les phénomènes de réaction méningée constituent également une indication pressante de la paracentèse.

Si la perforation spontanée s'est produite, mais si elle est insuffisante ou mal placée, il faut l'agrandir. Fréquemment, elle est située trop haut : on fait alors une contre-ouverture dans le quart inféro-postérieur.

Avant de pratiquer la paracentèse, on fait un lavage du conduit auditif externe avec une solution tiède de sublimé à 1 p. 1000, qu'on laisse séjourner durant quelques instants ; le conduit est ensuite asséché au moyen d'un tampon de gaze stérilisée. L'incision est pratiquée transversalement sur les fibres radiées de la lamina propria, avec une lancette en baïonnette ; cette incision doit avoir au moins 2 millimètres de long. On la fait généralement dans le quart inféro-postérieur, mais elle peut être pratiquée en une autre région, suivant le point maximum de convexité tympanique. Il est exceptionnel de recourir à l'anesthésie.

Le plus souvent le suintement sanguin consécutif est minime. Mais dans quelques cas particulièrement rares, le bulbe de la vessie jugulaire interne peut avoir été blessé, quand il y a déhiscence du plancher de la caisse du tympan et, quand le bulbe pénètre dans cette cavité L'hémorragie profuse qui en résulte s'arrête grâce à un tamponnement soigneux.

Il n'arrive pas toujours que le pus s'écoule après la paracentèse, en raison de la consistance visqueuse de l'exsudat muco-purulent, ou de la tuméfaction marquée de la muqueuse de la cavité tympanique ; dans ces conditions, l'écoulement ne se produit que lorsque cette tuméfaction a disparu.

Le traitement consécutif doit être l'objet d'une grande attention. Klau préconise le pansement sec, en introduisant de la gaze stérilisée à fond dans le conduit auditif externe. Si la suppuration est abondante, il peut être nécessaire de changer cette gaze plusieurs fois dans les 24 heures, pour éviter la stagnation du pus dans le conduit, car ce pansement n'est réellement absorbant que tant qu'il reste suffisamment sec. Sur l'oreille, on applique un pansement occlusif à la gaze ou bien au coton.

Ce procédé permet d'éviter les injections irri-

tantes. A chaque pansement on nettoie soigneusement le conduit auditif au moyen de tampons montés, et sous le contrôle du miroir otoscopique, sans léser le tympan.

Quand les phénomènes inflammatoires ont disparu, mais seulement à cette époque, on peut, si les sécrétions sont épaisses, abondantes, faire des lavages avec une solution stérilisée d'acide borique à 3 pour cent, ou une solution stérilisée d'eau salée à 1 p. cent. Cette pratique est même préférable au pansement sec, quand la viscosité des sécrétions empêche leur écoulement rapide, leur absorption par la gaze, et par suite amène de la stagnation.

Klau ne conseille l'acide borique en poudre dans les otites moyennes aiguës exsudatives que si le médecin est très expert dans les méthodes d'examen otoscopique, sinon l'acide borique peut amener une rétention des sécrétions, et causer plus de mal que de bien. Entre des mains expérimentées ce composé donne souvent d'excellents résultats, quand l'affection a une tendance à la chronicité.

Après la disparition des phénomènes inflammatoires, on peut essayer de lutter efficacement contre la suppuration au moyen d'astringents faibles. C'est ainsi que le sous-acétate de plomb en solution à 5 ou 10 % tiède, injecté, puis maintenu durant cinq minutes dans l'oreille, donne de bons résultats, même si la muqueuse est délicate ou excoriée.

Au cours de la maladie, des granulations se développent parfois sur la perforation ; celles-ci disparaissent généralement d'une manière spontanée, sinon on les touche légèrement au nitrate d'argent, quand il n'y a plus de phénomènes inflammatoires.

Exceptionnellement la muqueuse de l'oreille moyenne vient se prolaber au travers de la perforation ; il faut alors, non pas la cautériser, mais l'exciser à l'anse froide, si elle empêche l'écoulement du pus, et si elle ne se rétracte pas spontanément, quand l'inflammation diminue.

Dans des cas très rares, on observe une perforation conique : le tympan bombe en forme de cône, c'est là un indice fréquent de la participation de l'apophyse mastoïde. Le sommet de ce cône doit être abrasé à l'anse froide, pour permettre une issue plus facile des liquides.

Parfois la perforation s'obture avant que l'exsudation de la cavité tympanique ne soit tarie. Le pus, qui subsiste peut être résorbé sur place ; d'autres fois, une deuxième paracentèse devient nécessaire, mais alors la guérison est rapide.

Il est de toute nécessité de ne pas employer la douche d'air pendant la période inflammatoire ; non seulement celle-ci n'est pas utile pour la conservation de l'acuité auditive, mais encore elle augmente la phlegmasie et les douleurs. Elle ne facilite pas non plus l'évacuation de l'exsudat, qu'il soit fluide ou séreux.

La douche d'air est, par contre, très indiquée, après la période inflammatoire, pour relever l'acuité auditive, même s'il persiste une perforation. Cette pratique, à cette période sûrement inoffensive malgré les assertions contraires de certains auteurs, pourra rompre des adhérences, soit directes, soit indirectes par brides cicatricielles entre le tympan et le labyrinthe ; et c'est seulement contre ces adhérences *récentes* qu'elle se montrera efficace ; plus tard, elle n'y pourra plus rien.

Les inflammations aiguës de l'oreille moyenne ont, chez les enfants, une tendance particulière à la récidive ; c'est en pareils cas, que nous devrons porter toute notre attention sur les amygdales ; nous ferons alors une ablation *complète* du tissu adénoïdien, situé dans la caverne naso-pharyngienne, et la tendance aux récidives disparaîtra. Ce tissu si abondant dans cette région, devient, en effet, au moindre refroidissement, le siège d'une inflammation muco-purulente, qui se transmet à l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache.

Dr C.

THÉRAPEUTIQUE

Des inconvénients de l'emploi intempestif des eaux minérales alcalines fortes.

Certaines pratiques sont si profondément entrées dans les mœurs qu'elles n'arrêtent plus l'attention. Bien qu'elles puissent être parfois préjudiciables, nul ne songe à s'en étonner ; encore bien moins pense-t-on à réagir contre elles, car faisant partie de nos habitudes, elles échappent à notre sens critique.

Depuis Rabelais, les hommes n'ont guère changé : ils sont restés plus ou moins moutons de Panurge, et le plus souvent c'est l'imitation irréfléchie du voisin qui sert de guide à leurs actes.

C'est sur une de ces pratiques aussi universellement répandue qu'irrationnelle que je veux appeler l'attention de nos confrères, et, par leur intermédiaire essayer de mettre en garde le public contre une médication dont on abuse à tort et à travers au grand préjudice de la santé.

Quand le médecin entre chez un malade qui souffre de l'estomac ou qui simplement croit que son estomac est en jeu, il aperçoit presque à coup sûr une bouteille d'eau de Vichy ; s'il ne la voit pas, les commémoratifs lui enseigneront vite que, depuis plus ou moins longtemps, le malade prend de l'eau de Vichy. Et poursuivant l'interrogation il apprendra que les troubles digestifs existent depuis longtemps, que depuis longtemps le malade essaye de se soigner lui-même et que c'est seulement parce que son état est resté stationnaire ou même s'est aggravé qu'il s'est décidé à consulter.

Les malades ne sont d'ailleurs pas les seuls à en user ainsi : nombreuses sont les personnes bien portantes qui, jalouses sans doute des mauvaises digestions de leurs voisins, essaient de les imiter en s'efforçant de détruire avec l'eau de Vichy l'équilibre de leur chimisme digestif.

Les uns diront que c'est pour éviter les dangers réels ou imaginaires de la contagion hydrique ; les autres invoqueront tel ou tel prétexte, mais aucun ne pourra donner la raison qui lui a fait choisir une eau aussi fortement minéralisée : personne n'y réfléchit, on agit par esprit d'imitation, pour suivre la mode.

Mais laissons de côté les gens bien portants ; outre qu'il est difficile de lutter contre la mode. Constatons seulement qu'il existe des estomacs complaisants, supportant tous les écarts de régime... jusqu'au jour où leurs possesseurs ayant

PATRONAGE MÉDICAL

BUT DE LA SOCIÉTÉ

Le **Patronage Médical** est une société civile en commandite.

La Société ne fait aucun acte commercial ; elle acquiert des actions, des titres divers de sociétés d'eaux minérales, d'établissements médicaux, etc. Les adhérents ne sont engagés que jusqu'à concurrence de la somme souscrite par eux.

Ils sont donc co-propriétaires de valeurs indivises au même titre que les nombreux et riches confrères, qui sont porteurs d'actions ou titres divers de sociétés comme Vichy, Châtel-Guyon, etc. Et de même qu'eux, ils recommandent ces eaux et établissements à leurs clients et amis, parce que la Société ne s'y est intéressée qu'après avoir constaté la preuve de leur valeur thérapeutique.

Les parts du Patronage Médical sont cédées au prix de 50 francs et donnent droit à :

1° La perception d'un dividende annuel, pour chaque part, dividende fixé par l'Assemblée Générale ;

2° La jouissance d'une pension viagère proportionnelle aux ressources de la caisse, pension fixée également chaque année par l'Assemblée Générale lorsque le titulaire aura réuni ces TROIS CONDITIONS : cinquante ans d'âge, dix années de participation au « Patronage » et abonnement permanent au journal *Le Concours médical* qui est l'organe de la Société ; (la retraite sera égale pour tous quelque soit le nombre de parts souscrites).

3° Enfin, pour la veuve ou les enfants mineurs, si le titulaire vient à mourir : *dès maintenant et après une année de participation*, une allocation de 300 francs, prélevée sur un fonds spécial dû à la générosité des premiers bienfaiteurs ; *plus tard et après 10 ans de participation* — dès que la chose sera possible —, une pension annuelle dont le montant sera déterminé par l'Assemblée Générale.

Pour les deux premiers exercices, les parts ont reçu un dividende de 7 %.

Voir le compte-rendu de la 11e Assemblée générale dans le numéro 13, du 1er avril 1906.

AVIS

Les certificats de propriété sont envoyés deux mois environ après le paiement de la souscription. Ces titres ne comportent pas de coupons, les dividentes afférents à chaque exercice sont envoyés par mandats-cartes payés au domicile de chaque sociétaire.

Les adhésions reçues après le 1er octobre ne participent pas au dividende de l'année.

Société civile « LE PATRONAGE MÉDICAL »

23, rue de Dunkerque, Paris.

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom et prénoms) ______

Médecin à ______ *Département de* ______

né le ______ *à* ______ *Département* ______

déclare adhérer au « **Patronage Médical** » *et prie M. le D*r MAURAT, *gérant de la Société, de me transférer* ______ *parts au prix de cinquante francs l'une.*

(*a*) 1° *Je joins à cette adhésion la somme de* ______
2° *Je l'autorise à faire toucher la somme de* ______
} **représentant le montant de ma participation**

______ *le* ______

(SIGNATURE)

(*a*) Prière de rayer le mode de paiement qui ne convient pas.

Envoyer ce bulletin au siège de la Société, 23, rue de Dunkerque, Paris.

dépassé les limites de leur tolérance organique entrent à leur tour, par leur faute, dans la catégorie des malades dont je veux seulement m'occuper aujourd'hui.

Avec ses cinq ou six grammes de bicarbonate de soude par litre, sans parler des autres sels, l'eau de Vichy constitue un remède des plus actifs. Qu'on veuille bien considérer qu'une bouteille de cette eau correspond à dix ou douze des cachets de bicarbonate dosés à 0 gr. 50 qu'on a l'habitude d'ordonner et l'on aura une idée plus concrète de sa valeur médicamenteuse, encore que les sels des eaux minérales, de par leur origine, semblent avoir une activité plus grande que les mêmes sels fabriqués chimiquement.

Dans ces conditions, on comprendra que l'emploi irraisonné d'une eau semblable ne saurait être indifférent. Or, combien de personnes boivent, chaque jour, *proprio motu*, une bouteille d'eau de Vichy à leurs repas sans se douter de la valeur médicamenteuse de ce qu'ils absorbent ! N'y a-t-il pas là l'origine d'un grand nombre de ces troubles digestifs qui semblent se multiplier de plus en plus dans certaines classes de la société ? — Hypothèse d'autant plus vraisemblable que, dans les conditions dont je m'occupe, l'eau minérale est toujours prise pendant les repas, soit pure, soit coupée de vin, alors qu'au contraire, dans la cure raisonnée de Vichy, l'eau est administrée soit avant, soit après le repas, suivant le cas et, du moins dans les maladies du tube digestif, tout à fait exceptionnellement pendant le repas.

A côté de ces considérations *a priori* sur les inconvénients de l'abus de l'eau de Vichy, il en est d'autres plus sérieuses parce qu'elles procèdent de l'observation, considérations dont chacun pourra vérifier l'exactitude.

Et d'abord, en raison de cette fâcheuse coutume, tout malade perd un temps précieux à se soigner lui-même sans consulter de médecin : il a foi dans le remède qu'il voit employer partout dans son entourage et il attend avec patience la guérison ; il attend même si bien que, lorsqu'enfin, las de souffrir, il se décide à aller voir le médecin, celui-ci se trouvera en présence d'une affection profondément établie dans l'organisme et qui nécessitera souvent un traitement prolongé, un régime sévère, alors que, pris au début, le malaise digestif n'eût peut-être réclamé que fort peu de soins pour guérir.

Il peut même arriver que l'usage intempestif de l'eau de Vichy ait des conséquences plus graves sur lesquelles je voudrais attirer l'attention et les cas que je vais citer sont loin d'être exceptionnels dans les milieux aisés : personnellement, j'ai pu, dans l'espace de dix-huit mois, dans un cercle très restreint, en observer six, et c'est cette fréquence relative qui m'a décidé à attirer sur ce point l'attention des lecteurs du *Concours*.

Ces cas se ressemblent, il me suffira d'esquisser brièvement l'histoire de l'un d'eux.

Il s'agissait d'une dame d'une trentaine d'années, sans antécédents particuliers, d'une bonne santé dans sa jeunesse et son adolescence. Depuis une année, à la suite de fatigues prolongées, elle avait commencé à éprouver de légers troubles digestifs : les digestions étaient devenues lentes, s'accompagnaient de sensations de gêne et d'un peu de congestion de la face.

Après avoir patienté quelque temps dans l'espoir que le repos ferait disparaître ces troubles encore légers, la malade se mit à prendre, à ses repas, de l'eau de Vichy coupée de vin : elle en buvait environ deux bouteilles en trois jours. A ce régime, loin de s'améliorer, les digestions devinrent plus pénibles, l'appétit disparut — la malade n'en persista pas moins dans son traitement ; naturellement, l'état s'aggrava encore, des sensations de pesanteur à l'épigastre apparurent, l'état congestif de la face augmenta, s'accompagnant de maux de tête ; l'appétit devint tout à fait nul ; la malade maigrit notablement et commença à tousser, le matin au réveil, d'une petite toux sèche.

Elle se décida alors à consulter son médecin qui, constatant un début de tuberculose pulmonaire, lui conseilla d'aller se soigner dans un sanatorium. C'est dans ces conditions qu'elle entra au sanatorium d'Avon en décembre 1904.

A cette époque, elle présentait, au sommet droit, un foyer congestif avec quelques craquements secs après la toux, légère submatité et respiration un peu soufflante. Toux sèche, le matin principalement, pas d'expectoration, fièvre légère le soir — en somme une tuberculose qui ne demandait qu'à guérir si l'estomac le permettait. Mais si l'état pulmonaire était relativement rassurant, l'état du tube digestif était beaucoup plus grave : appétit absolument nul ; la malade éprouvait du dégoût pour tous les aliments, et le peu qu'elle prenait digérait très péniblement. « J'ai beau prendre de l'eau de Vichy à chaque repas, me disait-elle, je ne puis plus rien supporter ! » L'estomac était très dilaté, la langue sale, et la malade avait perdu 7 kilos depuis le début de la maladie.

A sa grande surprise, je lui fis supprimer l'eau de Vichy et instituer le régime classique. — L'amélioration apparut aussitôt ; plus tard, je lui fis prendre quatre ou cinq gouttes d'acide chlorhydrique après ses repas ; — l'amélioration s'accentua, les digestions devinrent plus faciles, la fièvre tomba, puis l'appétit revint de sorte qu'au bout d'un mois la malade avait repris un kilo. Peu à peu les digestions redevinrent tout à fait normales et le régime spécial fit place au régime ordinaire du sanatorium.

L'état général s'améliorant, les phénomènes stéthoscopiques s'amendèrent, puis disparurent, le poids est remonté à 56 k. 500 et, aujourd'hui, la malade peut être considérée comme guérie. Elle a l'intention de continuer sa cure jusqu'au printemps pour parfaire sa guérison et être en état de supporter la vie de Paris.

Il serait excessif de dire que l'usage irrationnel de l'eau de Vichy a été cause de la maladie, mais on peut cependant affirmer qu'il a eu une influence fâcheuse sur son évolution.

Dans cinq autres cas, j'ai pu de même incriminer cet usage de l'eau de Vichy prise à tort et à travers et toujours la suppression de l'eau minérale s'est accompagnée d'une amélioration semblable.

Une fois même la substitution à l'eau de Vichy d'une eau légère de Vals m'a donné un bon résultat. On sait du reste que, dans les gastro-entérites infantiles, l'eau faible de la Reine de Vals donne des résultats de beaucoup supérieurs aux eaux fortes de Vichy.

Je dirai, pour me résumer, que l'eau de Vichy constitue une médication puissante qui a ses in-

dications particulières, sa technique spéciale, qui ne doit être utilisée que sur les conseils du médecin et que l'emploi irrationnel a bien des chances d'être nuisible ;

Que l'eau de Vichy n'est pas *une eau de table* qui puisse être consommée impunément.

Que le médecin a le devoir de réagir contre la coutume de prendre l'eau de Vichy à tort et à travers, cette coutume étant dangereuse : 1° parce que, pendant qu'il se soigne inconsidérément à l'eau de Vichy, le malade, ne consultant pas son médecin, laisse s'aggraver une affection qui convenablement soignée pourrait être bénigne ; 2° parce que, dans certains cas où l'acidité du suc gastrique est insuffisante, l'eau de Vichy peut être particulièrement nocive et, en troublant complètement les digestions, faciliter le développement des maladies les plus graves.

Dr Louis GASSOT.

HYDROLOGIE

A propos de l'Eau-Bonne transportée.

Il est évident qu'une cure d'Eaux-Bonnes à la source même est toujours préférable à une cure d'Eaux-Bonnes à domicile.

Aujourd'hui l'on possède des données plus précises sur un des éléments les plus actifs des eaux minérales : la *radioactivité* de certaines de ces eaux sous l'influence de la présence de l'hélium. et par conséquent du radium et de l'argon , et l'on sait que les Eaux-Bonnes sont parmi les plus riches en radium et en argon d'après M. le professeur Moureu ; des cures sur place s'imposent, toutes les fois que la chose est possible.

Mais dans les cas pressants : quand le malade est dans l'impossibilité absolue de se déplacer ; quand la maladie est de longue durée et qu'une saison n'a pu amener la guérison ; quand on craint une récidive, etc., etc., des cures faites méthodiquement à domicile et d'une façon suffisamment prolongée, et assez fréquemment renouvelées peuvent donner et donnent très souvent d'excellents résultats.

Les résultats cliniques obtenus par l'emploi des Eaux-Bonnes à domicile, ne datent pas d'hier, et les Eaux-Bonnes même transportées ne sont pas un de ces médicaments dont on peut dire, comme le *Concours* le rappelait dernièrement, qu'il faut se hâter d'en prendre pendant qu'il guérit, car il y a longtemps que les Eaux-Bonnes guérissent, elles guérissent encore et elles guériront pendant longtemps.

Il n'y a pas non plus à invoquer contre elles une mauvaise préparation ; et il est facile de se mettre à l'abri de la contrefaçon (car on a contrefait et on contrefait encore les Eaux-Bonnes, ne nous y trompons pas).

Quant à la préparation, c'est le laboratoire infaillible et inimitable de la nature qui s'en charge, c'est une garantie suffisante.

Il nous reste un point important à mettre en lumière : c'est la conservation de l'Eau-Bonne, c'est-à-dire la conservation de ses éléments actifs.

Ce point extrêmement important est réalisé à Eaux-Bonnes d'une façon parfaite :

L'eau est puisée directement à la source et mise en bouteilles dans des conditions d'asepsie absolue.

Le griffon de la Source Vieille (la seule exportée) émerge complètement à l'abri de l'air, dans un conduit dont l'orifice est fermé par un couvercle de pierre cimentée, et l'eau arrive directement *aux robinets de platine* de la Buvette, sans avoir été au contact, à aucun moment, avec l'air et la lumière.

Cette eau arrive donc au robinet, pure de tout germe et vierge de tout contact physique ou chimique.

Elle est mise en bouteilles dans une salle aseptique, sans poussière aucune, et bouteilles et bouchons sont lavés, rincés et aseptisés au moment précis de l'embouteillage. La rapidité avec laquelle se font ces différentes manœuvres s'opposent en outre à la déperdition des gaz.

Si j'ajoute qu'on n'embouteille guère qu'au fur et à mesure des besoins de l'exportation, laquelle à son tour ne se fait guère qu'au fur et à mesure des besoins de la consommation, on comprendra que l'Eau-Bonne ne subit que des modifications de peu d'importance quand nos clients l'utilisent chez eux.

Elle n'a donc perdu que sa température de 32 degrés centigrades et quelques éléments pour lesquels cette chaleur est nécessaire.

Il est juste d'ajouter que le malade ne profite pas du climat et de l'atmosphère pure et vivifiante de la station, et de tout ce que M. le Professeur Landouzy a appelé « les ambiances thérapeutiques merveilleuses et si efficaces des Eaux-Bonnes. » Mais comme dit le vieux proverbe : « Faute de grives on mange des merles ». Et ce n'est pas toujours si mauvais !

Dr Léon LERICHE.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Action des sels de quinine sur le bacille d'Eberth.

Les recherches expérimentales de Curlo et Goggia ont démontré que les sels de quinine possédaient une influence inhibitrice notable sur le développement du bacille typhique, ainsi que sur sa vitalité et sa virulence. Ces auteurs en sont arrivés par suite à considérer la quinine, en raison de sa faible toxicité, comme le meilleur médicament dans la fièvre typhoïde. Ils ont voulu vérifier leurs théories en clinique, et se sont adressés à 18 malades : 6 d'entre eux prenaient la quinine par la bouche, 3 par la voie intraveineuse, 6 par les deux procédés.

Les injections intraveineuses ont toujours influencé favorablement la courbe thermique ainsi que les phénomènes d'intoxication ; elles ont aussi augmenté le pouvoir agglutinant du sérum sanguin. C'est surtout chez les malades traités dès le début par cette méthode qu'on a observé une évolution particulièrement favorable de la maladie.

Sur les 18 patients, un seul est mort, qui était entré à l'hôpital avec des symptômes de péritonite ; tandis que la mortalité clinique par fièvre typhoïde est généralement de 16 %.

Les auteurs conseillent la dose de 0,50 centigrammes de quinine, soit en solution neutre à 10 0/0, soit en solution chlorhydrique à 50 0/0. Jamais ils n'ont observé d'accidents; ils recom-

mandent néanmoins de ne pas employer les injections chez les patients très affaiblis, arrivés à un stade avancé de la maladie.

Indications et contre-indications des préparations ferrugineuses dans les affections stomacales.

Le fer, comme beaucoup d'autres métaux, exerce sur la muqueuse gastro-intestinale une action irritante, caustique même à fortes doses, dont l'intensité varie avec la nature des différentes préparations. Aussi faut-il, d'une part, restreindre notablement l'emploi du fer, et d'autre part, choisir judicieusement une préparation ferrugineuse appropriée.

Ce n'est pas une raison cependant pour proscrire le fer dans toutes les dyspepsies gastro-intestinales, ainsi que le font malheureusementun grand nombre de praticiens. Les manifestations dyspeptiques, affirme Boas (*Die therap. d. Gegenwart, 1905*),ne sont pas une contre-indication dans l'emploi des préparations ferrugineusés. Quand il y a dyspepsie, il est nécessaire d'examiner avant tout l'état fonctionnel de l'estomac, et le fer ne doit être écarté que dans les conditions suivantes :

1° S'il y a une affection organique de l'estomac :

2° Si l'on trouve soit de l'hyperacidité, soit de l'hypersécrétion ;

3° Si enfin les manifestations dyspeptiques semblent accrues par l'usage des préparations ferrugineuses.

La cure hydrargyrique dans le tabes.

Des exemples tirés de la littérature médicale, on peut conclure que dans le traitement du tabes, le mercure se montre soit efficace, soit inefficace, soit encore nuisible.

Il est efficace quand le tabes s'accompagne d'accidents syphilitiques, quand le patient n'a jamais fait de cures mercurielles, ou n'a fait que des cures incomplètes, quand enfin, dans un tabes au début, on peut songer à une infection syphilitique récente. Si le tabes est avancé dans son évolution, ou si la syphilis est ancienne, le mercure se montre inefficace. Il est enfin nuisible à l'apparition d'une atrophie du nerf optique, ou d'accidents (perte de poids, phénomènes toxiques), qui démontrent que le malade supporte mal la cure (Dr Piazza).

L'action des préparations salicylées sur le rein.

Au cours de ces dernières années, les auteurs ont admis qu'il se produisait régulièrement après l'administration de l'acide salicylique une irritation des voies urinaires sur tout leur trajet, mais en particulier de la glande rénale. Voici quelle est, à cet égard, l'opinion du Dr Quenstedt (*Die Therap. d. Gegenwart, 1905* H. 3).

Dès que l'on emploie les préparations salicylées aux doses moyennes habituelles, on voit au bout de peu de temps se manifester des signes d'irritation de l'appareil urinaire ; et ceux-ci persistent aussi longtemps que dure l'administration du médicament. Ils disparaissent d'ailleurs bientôt après la cessation du traitement salicylé. Mais, dès que celui-ci est repris, ils font leur réapparition. La néphrite salicylique guérit sans laisser de traces, quand on supprime le médicament en question ; mais on n'observe pas de guérison complète, lorsqu'on continue à faire prendre de faibles doses de salicylate.

Dans les urines, on décèle presque toujours des cylindres épithéliaux, ainsi que de l'albumine en petite quantité ; assez fréquemment, on y trouve des globules blancs, moins souvent des globules rouges sanguins. Dr GEORGES.

ÉTUDES ET PROJETS

Nécessité de grouper dans la même commune tous les services d'une bonne et saine puériculture.

La France est assurément sans rivale au monde pour les soins à donner aux petits enfants.

La première, elle a institué la protection des enfants du premier âge.

Les *consultations des nourrissons*, dont les promoteurs sont bien connus de tous les praticiens : les professeurs BUDIN à Paris, ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE à Bordeaux, AUSSET à St-Pol-sur-Mer, gagnent peu à peu les grandes villes, et nous avons eu nous même l'occasion d'en former une à Chartres avec la précieuse collaboration du Dr CHESNEL.

La goutte de lait instituée à Fécamp par notre confrère DUFOUR et l'œuvre *de la mutualité maternelle* créée à Maule par le Dr PECKER, toutes deux complémentaires et indispensables des consultations de nourrissons nous placent sans conteste au meilleur rang parmi les puériculteurs.

Nous ne soulèverons qu'une objection : le *manque de cohésion* auquel fort heureusement nos voisins les Belges, beaucoup plus pratiques, viennent de remédier.

Le chiffre élevé de la mortalité infantile, qui sévit avec tant d'intensité dans toutes les nations civilisées, avait provoqué en France la création de la *Ligue nationale contre la mortalité infantile* sous le haut patronage du philanthrope éclairé, M. le sénateur Paul STRAUSS.

La Belgique, où sont décédés l'an dernier 3.000 enfants dans la première année de la vie, suivit notre exemple tout en le rendant plus large, plus complet et par suite plus fécond en résultats.

Nous apprenons, en effet, que la « *Ligue nationale belge pour la protection de l'enfance* » vient de se former. Dans l'espace d'un an cette association a déployé une grande activité pour atteindre le but, ainsi qu'il résulte du Bulletin (n° 2, juillet 1905).

Ce dont nous féliciterons très chaleureusement nos confrères de Belgique et qui représente la véritable caractéristique de l'œuvre, c'est d'avoir réalisé l'*unité d'action* grâce aux facteurs suivants :

1° Consultations de nourrissons sur le type français en vue de faciliter l'allaitement maternel, véritable école pratique pour les mères.

Il est distribué gratis un excellent lait lorsque la mère se trouve dans l'impossibilité absolue d'allaiter son enfant au sein.

Dans la seule ville de Bruxelles on en compte dix, et vingt environ dans toute la Belgique ;

2° Distribution et envoi gratuits d'opuscules à

toutes les communes, contenant les instructions sur le mode d'alimenter et d'élever les enfants, 225.000 copies ont déjà été distribuées à ce sujet.

3° Ecole de puériculture avec conférences hebdomadaires d'octobre à juin aux directrices et institutrices des écoles normales professionnelles, aux directrices des crèches et pouponnières, aux nourrices, aux infirmières, etc. ;

4° Cours de *pédagogie maternelle* et d'hygiène infantile aux élèves des écoles supérieures secondaires et primaires de jeunes filles ;

5° Service de *laboratoire* pour l'examen du lait, des aliments, de l'eau, etc. ;

6° *Assistance aux femmes* enceintes ;

7° Mutualité maternelle afin de procurer des subsides de tout genre aux femmes dans le dernier temps de la gestation et dans les premières semaines après l'accouchement, en vue de leur permettre une abstention complète de travail ;

8° *Service gynécologique* pour l'examen des femmes enceintes afin de mener à bon port l'accouchement et les préparer à allaiter leur propre enfant ;

9° *Musée d'hygiène* de la première enfance ;

10° Quelques membres ont obtenu de faire voter une loi interdisant les assurances sur la vie des enfants au-dessous de cinq ans.

On n'ignore pas, en effet, que des fautes, voire des crimes se cachent sous de telles assurances que nous pourrions appeler des *primes sur la mort*.

Les Belges ont ainsi réuni par une sage et rationelle concentration tous les éléments concourant à la formation « *d'un corps robuste dans une âme saine* ».

Bien que cet adage remonte aux premiers temps de la civilisation gréco-latine, nous ne cesserons de le répéter jusqu'à ce que nous ayons pu obtenir satisfaction.

Les honorables confrères d'Outre-Moselle, en nous rendant au décuple ce qu'ils nous ont emprunté, nous enseignent à serrer nos rangs.

L'union de toutes les forces actives, intellectuelles, morales et financières de notre belle France, la cohésion de toutes les bonnes volontés sont seules capables de nous donner la victoire dans le lutte à soutenir contre la mortalité infantile, « *ce ver rongeur* » de notre influence sur les marchés mondiaux.

L'éparpillement des efforts est aussi dangereux que la division entre les chefs de corps d'armée dans une bataille générale.

Caveant medici.

Perpignan, 18 mars 1906.

Dr L. Barthès,
Inspecteur départemental
de l'Assistance publique
des Pyrénées-Orientales.

N. D. L. R.—En publiant l'article ci-dessus, la rédaction renouvelle les réserves qu'elle a formulées à l'ouverture de la rubrique : « *Etudes et projets* ». M. le Dr Courgey, parlant, au dernier numéro, des Mutualités maternelles, a rappelé le sentiment général des membres du Concours et nos dernières assemblées ont fourni la preuve qu'il ne s'était pas modifié.

Nous répudions l'organisation de toutes ces formes de socialisation de la médecine au bénéfice de quelques confrères tombant dans le fonctionnarisme. Nous estimons que chacun de nous, jaloux de conserver tout son rôle de médecin de la famille, doit se faire puériculteur chez ses clients, seulement, sans s'occuper des enfants confiés aux soins du confrère voisin, qui saura bien leur donner toute la sollicitude nécessaire, et en retirera un bénéfice que nous n'avons pas le droit de lui enlever, sans manquer gravement à la plus élémentaire confraternité.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Malentendu médico-pharmaceutique.

Un certain nombre de membres du « Patronage médical » nous disent avoir reçu des groupements pharmaceutiques de leur région la circulaire suivante, qu'ils ont trouvée plutôt hardie, quand ils se sont rappelé de qui leur viennent *99 fois sur 100* les propositions d'un compérage vraiment blâmable ou suspect, en tout cas préjudiciable à l'intérêt des malades.

Association générale des Pharmaciens de France.

Paris, octobre 1905.

Monsieur le Docteur,

L'Assemblée générale de l'Association générale des Pharmaciens de France, réunie à Lyon le 2 juillet 1905, s'est préoccupée du grand tort que fait à la situation du pharmacien détaillant l'entente d'un certain nombre de médecins avec des pharmaciens ou avec des Sociétés commerciales créées pour l'exploitation de produits spécialisés.

Cette entente est caractérisée par des remises directes faites aux médecins qui prescrivent ces spécialités par l'attribution d'une part des bénéfices de l'entreprise ; cette part de bénéfices est parfois convertie en cotisations pour une Caisse de secours ou de retraites, afin de dissimuler le caractère irrégulier de l'opération.

Il ne nous appartient pas, Monsieur le Docteur, de faire appel à la dignité du corps médical ; cette dignité, cette probité, sont sauvegardées par la plupart des médecins et par leurs groupements professionnels ; mais nous nous permettons d'appeler votre attention sur les graves inconvénients qui résultent des pratiques dont se sont émus les représentants de la pharmacie de la France entière.

La diffusion de la spécialité détourne le malade de la clientèle du médecin et prive le pharmacien de son bénéfice légitime. Quand le médecin se fait le complice intéressé de cette diffusion, la situation s'aggrave par suite de l'autorité qu'il exerce sur son malade. Le public, en outre, finit par connaître ces pratiques de compérage ; il devient soupçonneux, et sa méfiance risque de rejaillir sur l'ensemble du corps médical et pharmaceutique.

Le législateur, soucieux à juste titre de défendre les intérêts des malades, s'est préoccupé de cet état de choses ; la loi projetée sur l'exercice de la pharmacie condamne, en effet, l'entente intéressée entre médecins et pharmaciens sous toutes ses formes.

Nous ne doutons pas, Monsieur le docteur, que vous ne réprouviez de tels agissements, et que, dans l'intérêt moral et matériel de nos deux professions, vous ne fassiez votre possible, comme nous le faisons nous-mêmes, pour que médecins et pharmaciens restent dans le rôle que leur assignent leurs fonctions.

Quant à nous, nous devons remplir le mandat que

nous a confié l'Assemblée générale de notre Association ; si le mal dont notre profession est victime devait persister, nous nous verrions obligés de nous défendre, et nous prendrions, dans chaque localité, les mesures que comporteraient les circonstances, telles que la publication de la nomenclature des médicaments de compérage prescrits par les médecins de la région.

Le Conseil d'administration
de l'Association générale des Pharmaciens de France.

Ce rappel à la déontologie, parce que membres du « Patronage », parut d'abord, à l'un des nôtres, simplement drôle.... après ce qu'il a vu se passer dans le milieu pharmaceutique.

Je me préparais donc, dit-il, à dédaigner la chose comme une plaisanterie d'un goût douteux, quand l'idée me vint que les signataires de la lettre ignoraient certainement ce qu'est notre œuvre, et avaient sans doute été ainsi conduits à l'englober dans l'ostracisme général.

Je songeai alors que, nos Sociétés médicales et pharmaceutiques, Syndicats, Concours, Associations, etc... ayant résolu de causer toujours ensemble, de s'entendre, si possible, le plus simple était de m'expliquer avec le pharmacien qui m'avait fait adresser sa circulaire, et je lui écrivis ceci.

« Monsieur,

« Permettez-moi de vous exprimer la surprise que m'a causée l'attitude par vous projetée à l'égard des produits patronnés par une œuvre dont j'ai l'honneur de faire partie.

« Il est évident que vous ignorez tout à fait ce qu'est le « Patronage Médical ». et, d'une façon plus particulière encore, le souci qu'il prend d'assurer aux pharmaciens une suffisante rémunération dans la vente des produits para-médicamenteux auxquel il s'intéresse.

« La qualité hors ligne de ces produits, qui, tous, ont fait leurs preuves, et si bien conquis leur place en thérapeutique, qu'ils y sont devenus *irremplaçables* (pour le médecin et le pharmacien consciencieux) ; la réglementation dont ils sont l'objet pour garantir au vendeur un bénéfice plus élevé que leurs similaires ; le minuscule et lointain avantage qu'en retirent les sociétaires quand ils se trouvent *obligés par l'indication formelle* à les faire figurer sur l'ordonnance *en s'inspirant avant tout du souci de bien soigner leurs clients* ; l'honorabilité scrupuleuse et connue des médecins qui ont créé l'œuvre ; l'esprit de belle, saine et amicale confraternité dont ils ont donné mille preuves à la profession pharmaceutique. la considération inaltérable dont ils jouissent dans les Conseils des grandes Associations médicales et pharmaceutiques ; tout cela, à côté de maintes autres raisons de même valeur, rend injuste et mal fondée l'assimilation de la gestion de notre Société à la pratique de compérage, très probablement regrettable, que vous entendiez sans doute viser.

« Inattaquable au point de vue déontologique, puisqu'elle est sortie victorieuse de toutes discussions étourdiment soulevées à sa naissance, l'Œuvre du Patronage Médical n'a pas cru devoir s'affranchir pour cela d'un légitime respect pour l'intérêt des pharmaciens. L'esprit de lois projetées ne lui permettant pas. à son grand regret, d'enrôler ceux-ci dans ses rangs à côté des médecins, elle a tenu, du moins, à les traiter, pour la vente des produits patronnés, beaucoup mieux qu'ils ne le sont par leurs confrères spécialistes ou par les autres propriétaires d'eaux minérales. Il a suffi, à cet effet, d'user de la réglementation aujourd'hui réclamée par les cinq sixièmes des pharmaciens : la Société est entrée de suite dans cette voie au fur et à mesure de ses adoptions: elle y marchera d'autant plus vite que se généralisera mieux le bon accueil des pharmaciens détaillants à sa gestion si sympathique à leurs intérêts,

Permettez moi ,d'espérer, Monsieur, que, désormais renseigné sur le but que poursuit le Patronage Médical et sur les moyens qu'il emploie, vous reconnaîtrez que le premier mouvement fut injuste, erroné, dangereux par les représailles qu'il eût pu provoquer. Je suis de ceux qui rechercheraient au contraire volontiers l'entente entre nos Syndicats respectifs afin de s'y éclairer mutuellement pour se rendre service et proscrire tout geste d'hostilité.

« Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de mes meilleurs sentiments ».

« A la lettre, je joignis un exemplaire des Instructions de Gassot et un article de M. Ch. Legendre, médecin et pharmacien, paru dans la *Revue de déontologie* et que, entre parenthèses, le *Concours* devrait publier.

L'accueil qui me fut fait d'emblée me fixa de suite.

J'avais bien agi en interjetant appel, auprès du pharmacien mieux renseigné, de la condamnation si hâtivement prononcée par l'Association Générale.

Quand j'eus fourni à mon homme tous détails circonstanciés, je lui fis lire le procès-verbal de l'Assemblée générale du « Patronage » que vous avez publié au dernier numéro ; je lui montrai ce que Jeanne avait écrit pour saluer la naissance du *Concours Pharmaceutique* ; je lui communiquai ses brochures relatives à chacune de nos Eaux, au Fumigator, au Collège maritime des Corbières, à sa maison de cure, etc...

Ce fut pour mon interlocuteur toute une révélation.

Pouvait-on mieux faire dans l'intérêt de la santé publique que de créer le Collège maritime, que de développer la désinfection par le plus vulgarisable des procédés reconnus efficaces ? Existe-t-il meilleure eau sulfureuse que celle d'Eaux-Bonnes, antiseptique intestinal plus parfait que la Reine de Vals, eau purgative plus maniable que Condal, eau antiarthritique plus active que Bourbonne Maynard, vaccin plus sûr que celui de notre service ? Alors les malades peuvent être rassurés, et je crois bien que leur confiance ne serait pas diminuée en apprenant que nous patronnons, au nombre de plusieurs milliers, ces merveilleuses ressources thérapeutiques véritablement sélectionnées, parce que nous les connaissons, parce que nous en sommes sûrs, de même que, ayant à user d'une maison de santé, nous choisirons celle que nous savons meilleure et mieux tenue. De quel droit trouveraient-ils mauvais que les Sociétés chargées d'administrer ces Etablissements, ces sources, etc., consacrent alors à nous faire de petites retraites ces fonds qu'elles jetaient dans une publicité faite à la diable ? Cela leur est, pour le moins, bien indifférent.

Notre accord était déjà complet sur la légitimité même de l'Œuvre du « Patronage médical »; mais M. X. en était encore à ignorer le détail de ce que vous avez fait pour sauvegarder son intérêt à lui et celui de ses confrères.

Quand il apprit que la réglementation s'appliquait déjà au Fumigator, à Condal, qu'on la généraliserait à mesure que cela serait possible, que vous aviez décidé de faire profiter les membres du « Concours Pharmaceutique » des mêmes avantages que ceux du « Concours Médical » pour les séjours aux Corbières, M. X. fut conquis.

Il est désormais de ceux qui voient bien que, dans la campagne de rapprochement entre médecins et pharmaciens, il faut faire litière des grands mots sans signification précise, jeter à l'eau les vieilles formules, remplacer les phrases, le verbiage et les salamalecs par le souci de la concordance des intérêts et par ces actes de défense commune, et, à cet effet, perdre de vue l'ancienne situation des deux professions pour ne regarder que celle à réaliser demain.

N'est-ce pas votre avis ?

Veuillez agréer, etc.

Dr M.

Correspondant du *Concours*.

Nous ne saurions mieux faire que d'engager tous nos lecteurs à suivre l'exemple de M. le Dr M.

Quand un malentendu s'élève entre confrères, il importe d'aller s'en expliquer au plus tôt : même conseil est à donner aux groupements qui, sans cela, se lancent d'absurdes excommunications, par leurs procès-verbaux ou par la presse, pour n'avoir pas pris la peine de s'aboucher cinq minutes.

A plus forte raison, quand deux hommes comme le médecin et le pharmacien ont de fréquents rapports, mais seulement par l'intermédiaire d'un public qu'il est inutile de qualifier, ils sont fatalement voués à la bouderie d'abord, à la guerre ensuite, c'est-à-dire au préjudice pour tous deux. Et on se jette alors à la tête des circulaires comme celle ci-dessus.

La lettre qu'y répondit M. le Dr M. nous sembla être si bien dans la note que nous engageons nos confrères à lui en emprunter le texte si quelque jour ils recevaient aussi la consultation déontologique de l'Association des pharmaciens. Celle-ci, d'ailleurs, ne pense probablement plus comme en octobre dernier.

Son président nouveau, M. Vaudin, est homme à vouloir examiner le fond des choses avant de donner globalement aux problèmes des solutions si rapides et si dépourvues d'élégance.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical du Lot-et-Garonne.

L'assemblée générale des membres du Syndicat a eu lieu à Agen, le jeudi 15 mars, dans l'hôtel de la Société des Lettres et Sciences d'Agen. La séance a été ouverte à 10 h. 1/2 par M. le docteur Chanteloube, président.

Assistaient à la séance : MM. Amblard, Andrieu père, Andrieu, Baches, Bézy, Bounel de Brianson, Capdeville, Chaulet, Cortès, Courret, Couyba, Crouzel, Cloupet, Daraignez, Descomps, Ducasse, Dufau, Fourestié, Galup, de Gaulejac, Goujon, Guy, de Labarrière, Loubières, Labat (Nérac), Martin (Penne), de Nazaris, Orliac, Ricard, Roudié, Roulliès.

S'étaient excusés de ne pouvoir assister à la séance : MM. Mendousse, Darlan, Molines, Selsis, Dubédat, Martin (Laroque), Colin, Berguin (Castelmoron), Cassius, Mondineu, Monteils.

La parole est donnée à M. Ricard, secrétaire, pour la lecture du procès-verbal de la dernière réunion. Ce procès-verbal publié dans le n° 3 de notre *Bulletin*, est adopté sans observation.

MM. les docteurs Riou-Kérangal fils, exerçant à Bouglon ; Goujon, exerçant à Port-Sainte-Marie ; Esquirol, exerçant à Francescas, Bonnet, exerçant à Beauville, demandent à faire partie du Syndicat et de sa Caisse de retraite et de prévoyance. Ces confrères sont admis à l'unanimité et invités à prendre part à la réunion.

M. de Gaulejac, trésorier, a la parole pour l'exposé de la situation financière de notre Société, à la fin de l'exercice 1905. Cet exposé a été publié dans le dernier numéro de notre *Bulletin* ; il établit qu'au 1er février 1906, l'actif de la Société s'élève à 65,266 fr 25.

Le compte-rendu financier du trésorier, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

Le trésorier expose ensuite que quelques jeunes médecins se sont plaints de la façon dont était répartie la somme de 50,000 francs ; ces médecins trouvent que la part faite aux membres âgés de notre Société est trop considérable, que la part réservée aux jeunes médecins ne l'est pas assez.

Pour réfuter cette opinion, le trésorier présente les tableaux ci-dessous :

Le premier rend compte de la répartition de la somme de 50,000 francs pour l'exercice 1905.

Les statuts prévoient, en raison de l'admission des membres de tout âge pendant l'année 1903, une division des membres de la Société en deux catégories :

1° Ceux qui sont entrés après l'âge de 45 ans (catégorie A).

2° Ceux qui sont entrés avant l'âge de 45 ans (catégorie B).

Sommes réservées à la catégorie A.

Nombre de membres de cette catégorie.	59
Sommes versées en allocations......	14.820 25
Sommes versées dans la Caisse de réserve..........................	9.455 »
Total................	24.275 25

Sommes réservées à la catégorie B.

Nombre de membres de cette catégorie	64
Sommes versées à la Caisse de retraite.	17.412 »
Sommes versées à la Caisse des veuves.	8.477 »
Total................	25.889 »

Il est à remarquer que le rapport entre le nombre des membres de la catégorie A et le nombre de ceux de la catégorie B, est sensiblement égal à celui du total des sommes affectées à ces deux catégories. Ces deux rapports forment une proportion.

Considérant, ensuite, ce que serait la part de chaque membre en cas de liquidation, le trésorier montre que si, par exemple, la liquidation avait lieu cette année, la part revenant à chacun de nous serait de 321 francs par année d'affiliation.

Il y aurait lieu cependant de retrancher de la part de chacun la somme nécessaire pour assurer les pensions que nous servons à Mme veuve Amblard et Mme veuve d'Alché, et que nous devons leur servir encore pendant dix-neuf ans.

Le trésorier, étudiant quelle sera la situation de la Société pendant les années qui vont suivre, fait remarquer que les sommes allouées aux médecins âgés croîtront, chaque année jusqu'en 1918, et cette augmentation de dépenses sera couverte par les capitaux accumulés dans la Caisse de réserve. A partir de 1918, les dépenses du compte « Allocations aux médecins âgés » déclineront chaque année et, dans vingt ans environ, elles seront assez peu importantes pour permettre ce que nous appelons la « Participation aux bénéfices », c'est-à-dire une retraite anticipée.

A quel moment, exactement, pourra-t-on donner ces retraites anticipées ? Il est impossible de le dire, ce résultat ne dépendant que de la mor-

talité plus ou moins grande des médecins les plus âgés.

Le docteur Chanteboule étudie ensuite une autre plainte de quelques jeunes médecins qui trouvent que si les avantages sont égaux les charges ne le sont pas.

Il est évident que l'égalité parfaite n'est pas possible, qu'un médecin jeune et actif verra plus d'assistés qu'un médecin âgé ; mais, que ce médecin jeune réfléchisse qu'il sera un jour le médecin âgé dont il envie le repos, que tôt ou tard viendra s'installer à ses côtés un confrère plus jeune et plus actif que lui et que ce nouveau médecin plein de zèle et d'entrain lui enlèvera tout d'abord la clientèle des assistés.

Un médecin très occupé voit beaucoup d'assistés ? Mais il est bien juste que le confrère qui a beaucoup de succès auprès de la clientèle riche secoure plus d'assistés que celui qui vit péniblement de sa profession. C'est là le véritable impôt sur le revenu, dit une voix dans l'assistance.

En créant notre caisse de retraite, nous avons voulu surtout créer une œuvre de solidarité. Tout l'argent gagné par le corps médical revenant au corps médical, si un de nos membres tombe malade, si l'exercice de sa profession lui devient impossible, il ne perd aucun de ses droits à la retraite. Peut-on dire autant d'une caisse de retraite ordinaire qui vous raye impitoyablement de ses contrôles si vous cessez de payer vos primes annuelles ?

Service médical de l'Assistance.

MM. les docteurs Baches et Galup, conseillers généraux, Guy, Chanteloube, prennent part à la discussion.

Le président fait observer que le nombre relavement faible des inscrits de l'Assistance ne reste tel que parce que les médecins le veulent bien et cela au grand avantage des finances départementales. La clientèle des médecins du Lot-et-Garonne peut se diviser en trois classes : des clients rétribuant plus ou moins bien leur médecin, des clients qui ne rétribuent pas le médecin, mais qui paient aux pharmaciens les remèdes dont ils ont besoin, une troisième classe ressortissant entièrement au service de l'Assistance, qui ne paie ni médecin, ni pharmacien,

La deuxième classe de ces clients est très nombreuse, et les médecins n'ont qu'un mot à dire pour les faire ranger administrativement dans la troisième catégorie.

Quelques médecins se plaignent, avec raison, de l'abus fait par certaines municipalités des inscriptions d'urgence.

Cet état de choses porte préjudice aux communes qui établissent loyalement leurs listes d'inscription dès le début de l'année ; il porte tort aussi aux médecins, certains clients réclamant leur inscription en cours de maladie. Dans ce dernier cas, on ne saurait admettre que l'inscription d'urgence ait un effet rétroactif et les honoraires sont dus au médecin jusqu'au moment de la délivrance de la carte qui ne peut être antidatée.

Deux membres du bureau du Syndicat sont délégués auprès de l'administration préfectorale pour l'assister dans la vérification des mémoires de pharmacien. Cette année, ils ne peuvent signaler qu'un seul abus grave. Sur une somme totale de 30.000 francs, les assistés d'une commune importante, mais qui n'est pas cependant un de nos chefs-lieux d'arrondissement, ont nécessité une dépense de 5,000 francs et un pharmacien de cette commune présente, à lui tout seul, un mémoire de près de 4,000 francs. Cette disproportion formidable a vivement ému l'administration qui en a saisi le Syndicat. L'assemblée décide que le bureau fera aux médecins responsables les observations nécessaires.

M. le docteur Baches, conseiller général, rappelle, à ce sujet, qu'au moment de la signature du traité, le bureau du Syndicat promit au Conseil général que les médecins se feraient les collaborateurs dévoués de l'administration pour assurer une juste application de la loi d'assistance.

Les médecins doivent éviter l'abus des médicaments, donner la substance utile sous sa forme la moins onéreuse et éviter autant que possible l'usage des spécialités et des médicaments dits gourmands.

S'il faut mille francs, dit le docteur Galup, pour sauver un malade, c'est légitime, mais on ne doit pas employer même un franc en médicaments de luxe.

M. le docteur Guy demande à ce que les municipalités soient invitées à communiquer aux médecins chargés du service de l'assistance la liste des assistés. Des démarches seront faites auprès de l'administration.

Allocation aux médecins âgés.

Le trésorier se plaint de n'avoir pas encore reçu tous les extraits de naissance qui sont exigés des médecins qui doivent toucher une allocation. Manquant de renseignements définitifs et ne pouvant baser ses calculs que sur des probabilités, il propose à l'assemblée de voter 14,500 fr. comme chiffre de l'allocation de l'année 1906. Ce chiffre est adopté.

Caisse des veuves et orphelins.

MM^mes d'Alché et Amblard désirent comme l'an dernier participer aux allocations prévues par nos statuts. L'assemblée ratifie leur inscription. La somme qui leur sera distribuée sera de 650 francs environ au lieu de 416 francs l'an dernier.

La « Société d'Agriculture, Sciences, Lettres et Arts », demande une somme de 50 francs comme loyer annuel de notre salle de séances. Moyennant cette somme, la salle sera à notre disposition aussi souvent que nous le désirerons. Sur la proposition du président, soutenue par M. Couyba, la somme de 50 francs est votée pour le loyer de la salle des réunions.

MM. Chanteloube et Ricard sont de nouveau délégués auprès de l'Administration départementale pour la vérification des dépenses pharmaceutiques.

M. Andrieu père est nommé vice-président du Syndicat en remplacement du docteur Cortès, arrivé au terme de son mandat. MM. Loubières et Orliac sont nommés syndics.

L'assemblée aborde ensuite la discussion des modifications à apporter aux statuts ; le rapporteur lit les conclusions publiées dans notre dernier numéro. Ces conclusions ne sont pas adoptées ; plusieurs membres demandent une retraite après 30 ans de présence et proportionnelle après 25 ans. La question est renvoyée à l'étude du Comité directeur qui devra étudier toutes les propositions faites par les membres du Syndicat.

L'assemblée décide, sur la proposition du président, que chaque mois une réunion aura lieu

au siège du syndicat. A cette réunion sont convoqués, par la voie du journal, tous les membres du Syndicat qui auraient quelques propositions à soumettre au bureau. Dans cette réunion l'on décidera des matières qui doivent être publiées dans le bulletin mensuel.

L'ordre du jour étant épuisé, la réunion est levée à midi.

Le Secrétaire,
Dr. RICARD.

Mutuelle Médicale Française de Retraites.

Nous rappelons à nos lecteurs la *Mutuelle Médicale Française de Retraites*, œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'Association des médecins de Maine-et-Loire.

Elle s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes, et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après 50 ans d'âge et 20 ans de participation), soit proportionnelle (après 5 ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée, — pour une cotisasation annuelle de 60 francs.

Au 1er mars dernier, le nombre des Sociétaires (hommes et femmes), s'élevait à 189 ; l'avoir social, à 51.849 fr.02.

La veuve d'un Sociétaire (y ayant droit) est retraitée à 375 fr. pour l'année 1906.

S'adresser au secrétaire, Dr Levraud, Saumur, pour tous renseignements.

VARIA

Chronique confraternelle.

Les visites d'Hydropathes

Voici venir l'Avril, — et, de nouveau, ce sera l'assaut donné aux chers confrères des villes, et des champs aussi, par les hydropathes inéluctables.

L'accueil sera divers, chaleureux, auprès de l'ami, du vieux camarade ; sérieux et cordial, chez le correspondant attitré ; scrutateur chez le correspondant éventuel ; ailleurs, un peu frais, voire au-dessous de 0°.

Palsambleu ! le praticien occupé, muni depuis belle lurette de collègues à qui vont ses malades dans telle ville d'eaux, lorsqu'il verra un consultant totalement inconnu entrer dans son cabinet, lui prendre son temps, assez précieux par ailleurs, et surtout si ce visiteur est le ennième plus un de l'après-midi à venir vanter son ours, ingrate besogne ! ce praticien occupé a besoin, pour con server le sourire, de rappeler à soi ses esprits déontologiques prêts à defaillir.

A dame Marthe qui s'informait s'il voyageait beaucoup, Méphistophélès répond : « Dure nécessité, Madame ! »

Autant pourrait, de sa voix la plus basse, moduler le médecin d'eaux, et la dure nécessité, dans la visite confraternelle, est, à l'ordinaire, bien partagée.

Mais alors, pourquoi cette visite qui serait, si j'ose dire, comme un rasoir à double tranchant ?

La vérité est que, si l'hydropathe nouveau-né a droit à la vie, il faut lui accorder qu'il se répande par le monde médical. Car deux méthodes sont pour créer une clientèle thermale. L'une, il est vrai, ne nécessitant aucun confrère, mais, en notre jeune XXe siècle, éveillant encore des pudeurs, elle nécessite de soigner, de dorloter, hiver comme été, les indigènes du cru, les hôteliers surtout, eux, leurs familles, leurs gens et leur basse-cour même, sans jamais parler d'honoraires. Même, au surplus, aux soins donnés ajouterait-on avec ou sans délicatesse quelque argent, que le procédé serait jugé plus digne encore de reconnaissance.

Au XXXVIe siècle, pareille cuisine sera telle dans les mœurs, il est possible. En attendant, faut-il ouvrir, comme plus drôle, aux hydropathes, la voie qui passe, celle-là, à la porte des confrères.

Certes, cette voie n'est point toujours des plus glorieuses. Telle l'alouette, obéir à l'attirance des plaques brillantes, passer ses printemps à tirer des sonnettes, c'est l'existence de maints pères-peinards de la profession aquatique, point nés coiffés, ceux-là, de protection haute ou de relations multiples.

Leur persévérance intrépide et méritoire ne sera du reste pas toujours vaine. L'éventualité se présente de praticiens fort heureux de connaître un médecin à X-les-Bains, où ils envoyaient leurs malades sans indication, les livrant aux vicissitudes des conseils intéressés et du pistage, en leur donnant l'adresse d'un confrère, au hasard d'un annuaire. — Un ami m'avoua choisir, dans la liste, le médecin dont le nom le frappait étant le plus cocasse !

Il est plus scientifique d'apprécier *de visu* le collègue thermal qui doit être, en somme, un lieutenant, un second soi-même.

L'avantage de certaines compensera donc l'inutilité d'autres visites auxquelles, d'ailleurs, le praticien visité peut, et doit même, donner une solution rapide. Nul ne tient rancune aux «Mille regrets» s'ils ne peuvent fournir les fauteuils d'orchestre sollicités. — « Mille regrets, cher confrère hydropathe, que vous veniez trop tard. La place est prise dans votre station où j'ai un de vos collègues avec qui correspondre ! » Et sur ces mots clairs et nets autant que dits de façon courtoise, la séance sera levée bien vite, avec cet avantage même de supprimer des démarches à venir et un double temps perdu.

S'introduire de son propre chef est, certes, loin du *cant* britannique qui laisse votre propre parent un inconnu pour vous s'il ne vous a été présenté. Sans aller jusqu'à cette *respectability* extrême, bien des médecins d'eaux préfèrent ne rendre visite qu'à leurs confrères pour qui ils ont une recommandation. Pareille manière assure meilleur accueil, et plus fructueux ; les amis des amis sont aussi des amis.

Certains, du reste, faisant flèche de toutes les accointances et n'omettant aucun trait d'union possible, se présenteront à celui-ci parce qu'il est comme soi frère.... ou mahométan : ou encore, à tel autre, pour avoir porté une culotte du même bleu ou de la même garance.

Chacun, suivant ses mœurs et son humeur, use ou non de tous moyens, petits ou grands ; qui, marchant à pied en simple prolétaire, qui, faisant arrêter son coupé devant chez le collègue dont il fit connaissance dans un salon.,. Et pas

besoin n'est de souligner que ce dernier a le plus de chances pour lui. Avoir cocher ou chauffeur ne nuit pas, et bon cuisinier moins encore. En médecine, comme ailleurs, l'eau va à la rivière.

*
* *

Voilà une argumentation qui paraîtrait bien oiseuse à certain consultant des eaux de X. Ce confrère thermal a solutionné la question de façon très simple : vous avez pu recevoir comme moi sa lettre-circulaire où il insinue aux praticiens que leur faveur devrait aller aux médecins d'eaux qui, à son instar, ne se rappellent à eux que par imprimé.. et leur épargnent la traditionnelle visite.

CLERC, de Vichy.

Horripilant.

Vous avez lu, sans doute, dans l'*Illustration* du 10 mars 1906, page 159, le « Traitement du nez rouge » par..... « les piqûres » électrolytiques appliquées par un dermatologiste de Berlin. « La rougeur du nez, y est-il dit, a été souvent combattue en vain, mais un journal étranger assure qu'à Berlin on possède MAINTENANT une méthode thérapeutique efficace.

— Quelle admirable invention ! s'écrieront nos mondains, ignares autant que selects, qui liront le grand hebdomadaire. Enfin !

— Et quelle réclame pour le dermatologiste allemand ! Car, dès aujourd'hui, tous les snobs au pif rubicond s'empresseront (n'en doutez point, car vous ne seriez pas psychologue), de franchir RAPIDEMENT la frontière pour aller se faire piquer le nez par l'outil berlinois, qui n'est que la réinvention, si ce n'est la copie, de la véritable invention connue depuis n — x années. Consultez nos traités français, consultez Chardin, vous serez édifiés, si vous ne l'êtes déjà.

— Quelle pitié ! Faut-il que nos bourgeois soient si intellectuellement encrassés, constipés, bouchés, pour ne pas savoir que le plus vulgaire praticien de nos plus humbles campagnes connaît et pratique, quand il le peut, ce mode de traitement depuis déjà de nombreuses années. Le malheur veut qu'il n'ait jamais songé à le clamer *urbi et orbi*. Ceci d'ailleurs est un procédé de bourgeois et le praticien n'est pas un bourgeois. (Lisez Léon Bloy.)

— Conclusion : Demandez à Chardin combien de lettres de modestes praticiens il n'a pas reçues, lui commandant des aiguilles ou des scarificateurs pour électrolyser des nez rouges, et vous hausserez les épaules à la lecture de la prétendue découverte de Berlin. Si M. Chardin les a conservées, je l'autorise à publier les miennes.

Dr DEGRAVE,
Médecin de campagne
à Lagrasse (Aude).

BIBLIOGRAPHIE

MANUEL PRATIQUE POUR LE CHOIX DES VERRES DE LUNETTES ET L'EXAMEN DE LA VISION, par le Docteur SCRINI, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, membre de la Société de thérapeutique, et le Docteur FORTIN, médecin oculiste. Paris, VIGOT frères, in-jésus cartonné avec 24 figures.... 4 fr.

Cet ouvrage, guide pour l'examen de la vision et la prescription des verres de lunettes, s'adresse aussi bien aux spécialistes qu'aux praticiens.

Dans un premier chapitre, après une brève introduction sur la nature des verres employés en oculistique, les auteurs abordent — sans entrer dans les grandes considérations mathématiques — la question des propriétés des verres sphériques, cylindriques, prismatiques, toriques et de leur puissance. Ils décrivent ensuite les différents moyens de déterminer la nature et la force d'une lentille donnée.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude de l'œil ramené schématiquement à un appareil dioptrique très simple, du mécanisme de l'accommodation, des états tels la presbytie, l'aphakie, etc., qui entraînent son affaiblissement ou sa suppression et à la définition des amétropies de l'œil ; l'hypermétropie, la myopie, l'astigmatisme.

L'exposition simple des méthodes pratiques — tout spécialement de la skiascopie et de l'ophtalmométrie — pour la recherche et la détermination des états amétropiques de l'œil et de leur degré fait l'objet du troisième chapitre complété par un autre où les Docteurs Scrini et Fortin étudient la vision binoculaire, la correction des amétropies et la prescription des verres.

Le dernier chapitre passe en revue les différentes sortes de montures des verres avec leurs indications spéciales.

LIBRAIRIE POLYTECHNIQUE. CH. BÉRANGER, éditeur, successeur de Baudry et Cie. Paris, rue des Saints-Pères, 15. — Liége, rue de la Régence, 21.

L'ANNÉE ÉLECTRIQUE, ÉLECTROTHÉRAPIQUE ET RADIOGRAPHIQUE. REVUE ANNUELLE DES PROGRÈS ÉLECTRIQUES EN 1905, par le Docteur Foveau de Courmelles, médecin-électricien, lauréat de l'Académie de médecine, professeur libre d'électrothérapie et de radiographie, licencié ès sciences physiques, ès sciences naturelles et en droit, président de la société internationale de médecine physique, vice-président de la société française d'hygiène et de la société médicale des praticiens, membre des Comités d'organisation des expositions internationales de Paris (1900) et Liége (1905), etc. Sixième année. Un volume in-12 de 372 pages. — Prix : 3 fr. 50. Franco par la poste : 4 francs.

L'année électrique, dont le succès va croissant, est à sa *sixième année*. C'est une véritable encyclopédie annuelle où toutes les questions techniques, théoriques et pratiques sont des plus clairement traitées. Les appareils nouveaux y sont décrits simplement, de façon à être vulgarisés et compris ; les théories y sont exposées en style scientifique. De cette façon, toute personne s'intéressant à l'électricité, amateur ou technicien, y trouve ce qui l'intéresse et ce qui réellement s'est produit de nouveau dans l'année. L'auteur — on le sait, depuis vingt ans qu'il traite des phénomènes et faits électriques — n'est pas simplement un vulgarisateur, mais a lui-même, dans le domaine médical, fait progresser l'immense champ actuel des applications thérapeutiques de l'*électricité*, des *rayons X*, du *radium*, ou *radiothérapie*, de la *lumière* ou *photothérapie* ; il y a innové maints progrès et appareils. Cependant, à côté de ces questions médicales, nous voyons aussi bien traitées par l'auteur, membre des comités d'électricité des diverses expositions nationales ou internationales, depuis 1895, les nouveautés de la *lumière*, du *chauffage*, de la *traction*, de la *sécurité* électriques. En somme, livre complet sur les nouveautés industrielles ou médicales de l'électricité en 1905.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la Presse médicale. — 2e *Congrès de l'Association Internationale de la Presse Médicale.*

Le 2e Congrès de l'association internationale de la Presse médicale s'ouvrira à Lisbonne le mardi 17 avril 1906, à 10 heures du matin, dans les locaux de la nouvelle École de Médecine sous la prési-

dence M. le Dr Cortezo, sénateur, président de l'Association.

Le Congrès durera deux jours.

Tous les membres de l'Association internationale ont le droit d'assister aux séances et de prendre part aux discussions. Mais ils doivent préalablement être inscrits comme membres du Congrès international de médecine, et en adressant leur cotisation à cet effet, au Professeur Bombarda (Nova Scola medica, Lisbonne), spécifier qu'ils s'inscrivent pour asssister au Congrès de l'Association. Une carte spéciale leur sera alors réservée, soit qu'elle leur soit renvoyée directement en réponse à leur adhésion, soit qu'elle leur soit remise à Lisbonne, dans les locaux du Congrès, à partir du 17 avril.

Ceux des membres de l'Association qui ont déjà envoyé leur adhésion au Congrès de Médecine et acquitté leur cotisation, n'ont qu'à informer par lettre M. le Prof. Bombarda de leur désir d'assister au Congrès de l'Association internationale.

L'ordre du jour comporte, dès à présent, plusieurs questions d'ordre professionnel :

La protection de la propriété littéraire dans la Presse médicale. — Les limites du journalisme médical. — Les journaux médicaux et pharmaceutiques gratuits. — La publicité intérieure (dans le texte). — Création d'un Bureau international permanent des Congrès médicaux. — Obtention pour les journalistes médicaux membres de l'Association, de droits égaux à ceux des membres du Congrès, sans qu'une cotisation de congressiste soit exigible, etc.

Tout membre qui désirerait faire une communication au congrès doit en informer avant le 8 avril, dernière limite, le Dr Blondel, secrétaire général (Paris, 103, boulevard Haussmann, et lui adresser le titre et, si possible, le résumé de sa communication.

Il sera procédé statutairement au renouvellement du Bureau.

L'Annuaire de l'Association internationale sera remis gratuitement aux membres de l'Association présents à Lisbonne. Les autres le recevront sur demande adressée au secrétaire général, accompagnée de l'avance des frais d'envoi.

Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine. (Paris, 28 au 31 mai 1906). Siège 28, rue Serpente (Hôtel des Sociétés Savantes). — En raison des élections, le Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la Médecine, qui devait se tenir à Paris le 30 avril, aura lieu du 28 au 31 mai, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours complémentaire et pratique (2e série) de neuropathologie avec le concours et la collaboration de MM. Lejonne, Dupuy-Dutemps, Alquier, Huet, Gellé, commencera le 24 avril 1906 sous la direction de M. H. Claude et durera un mois.

Il aura lieu tous les jours excepté les dimanches et fêtes, à 5 h. à la Salpêtrière, salle d'examen de la clinique. Les leçons auront un caractère essentiellement pratique ; la symptomatologie et le diagnostic seront particulièrement développés et exposés avec présentation de malades. Les pièces anatomiques et les préparations histologiques du laboratoire seront mises à la disposition des auditeurs pour les études anatomo-pathologiques.

Les dates exactes de chaque leçon seront fixées ultérieurement. Des certificats d'assiduité pourront être délivrés à la fin du cours aux personnes qui en réclameront.

Le droit à verser est de 80 francs.

MM. Laquerrière, directeur de la clinique Apostoli-Laquerrière (15, rue Montmartre) et Delherm, ancien interne des hôpitaux de Paris, commenceront prochainement une série de 12 conférences pratiques. Programme : 1° et 2° Electrophysique et appareils. 3° Electrophysiologie. — 4° et 5° Gynécologie, — 6° et 7° Tube digestif. — 8° et 9° Maladies nerveuses. Dermatoses. — 11° Maladies de la nutrition. — 12° Applications chirurgicales, applications diverses : (voies urinaires, affections articulaires, etc.)

Le prix de la série est fixé à 50 francs. Ces conférences auront lieu le soir à 8 h. 1/2. On est prié de s'inscrire d'avance ; s'adresser à la clinique, les mardis, jeudis et samedis, de 3 à 6 h.

— Une série de cours de vacances aura lieu du 9 au 21 avril.

1° A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente : Massage : Marchais. — Electrothérapie : M. Zimmer. Accouchements : M. Dubrisay. — Thérapeutique appliquée. M. Landowski. — Hygiène et thérapeutique infantiles : M. Lesné. — Maladies nerveuses : M. A. Riche — Chirurgie dentaire : M. Roy.

Dans différents services. — Gynécologie et chirurgie pratique : M. Savariaud (Lariboisière). Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique; M. Lered de (Etablissement dermatologique) Auscultation : M. Caussade (Tenon) . — Oto-rhino laryngologie : M. Laurens (clinique de la Trinité). — Ophtalmologie : M. Morax (Lariboisière). — Maladies des voies urinaires : M. Nogués (Necker). — Chirurgie infantile ; orthopédie : M. Barbarin (Hôpital Anne-Marie).

Tous les cours commenceront le 9 avril. Les inscriptions sont reçues dès maintenant. Chaque élève recevra une carte d'admission qu'il devra produire à l'entrée des cours. Les droits d'inscription pour chaque cours (comprenant en moyenne 8 à 10 leçons) est fixé à 20 francs payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance.

Le lundi 9, à midi, à l'hôtel des Sociétés savantes, réunion générale des professurs et des élèves; dernières inscriptions. Les cours du matin commenceront le lundi 9 avril aux heures indiquées. Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser à M. Marchais, hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, Paris.

— A la suite du concours d'internat sont nommés :

Internes titulaires. — MM. 1. Roux (J.), Chabrol, Tinel, Saissi, Cambier, Joltrain, Leconte, Le Mée, Brin, Troisier.

11. MM. Lemarchal, Brissaud, Macé de Lépinay, Deverre, Hamel, Lebras, Silbert, Mlle Landry, Bazy, Benard (Henri).

21. MM. Moulu, Chenot, Havelacque, Chevrier, Eliot, Lasnier, Chazarain, Bernard (René), Parturier, Sauphar.

31. M. Rais, Mlle Debat-Ponsan, MM. Halphen, Froget, Boudet, Foix (Ch.), Lévy-Valensi, Lyon-Caen, Chastagnol, Meyrand.

41. MM. Flurin, Bailly, Bonvoisin, Durand, Marsan, Marre, Chéné, Pinard, Garban, Lamy.

51. MM. Pottet, de Brunel de Serbonnes, Schaeffer, Monsaingeon, Ehrempreis, Marcorelles, Chevallier (A.), Debré, Garipuy, Cawadias.

61. MM. Duverger, Merle, Guyader, Vézard, Vigneron d'Heuqueville, Le Moine.

Internes provisoires. — MM. 1. Deroye, Petiteau, Olivier, Duvoir, Mlle Giry, Senlecq, Burnier, Martin, Deroide, Cléret.

11. MM. Pérol, Touraine, Roudinesco, Dubosc, Robert, Jacoulet, Laroche, Coryllos, Sténevin, Cesbron.

21. MM. Boulard, Davesne, Rousseau-Langwell, Cruet, Basset, Fernet, Boudol, Strœhlin, Duchel-Suchaux, Bourdier.

31. MM. Houzel, Brisset (L.), Gendron, Chambard, Cadenat, Riberal, Cattenat, Braun, Henry, Lemercier.

41. MM. Charrier, Galup, Mallein, Fimbel, Duval, Blanc, Lorin, Porée, Pénard, Houdard.

51. MM. Paul-Boncour, Brémont, Garret, Dehelly, Paillard, Bécus, Guggenheim, Pélissier, Frinault, Debertrand.

61. MM. Barbet, Sorrel, Vuillet.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3 place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année  N° 15 15 AVRIL 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Surveillons bien nos insertions.

Les journaux médicaux sont envahis, depuis quelque temps surtout, d'offres très engageantes relatives à des établissements spéciaux pouvant donner des bénéfices de trente, quarante, cinquante mille francs par an, aux confrères qui entreraient dans leur direction AVEC UN CAPITAL *x*.

Certains de nos lecteurs sont allés voir de près ces miroirs à alouettes ; quelques-uns même de trop près, car ils y ont laissé des plumes.

Et ils nous demandent de prémunir nos camarades et toute la presse médicale contre les fallacieuses insertions, qui se glissent dans les colonnes de celle-ci.

Là, ils ont trouvé un banquier organisant, avec les apports des médecins gogos, une vaste mutuelle maladie, tout à fait dernier cri, dont ils seraient les traitants habituels.... quand elle aura des clients.

Ici, c'est un Dr X (dont le nom est ignoré des annuaires) qui crée ou cède dans les grands centres de mirifiques cabinets, instituts ou académies d'électricité, de mécanothérapie, de radiothérapie et toutes les thérapies possibles : mais le malheur veut que cela ne marche jamais, tant et si bien que les acquéreurs, après avoir perdu un capital là-dedans en quelques mois, passent la main à de nouvelles dupes qui s'empressent de faire de même.

« Tant pis pour qui s'y laisse prendre, nous dira-t-on, mais ce n'est pas une raison pour ne plus insérer. » Nous savons bien, en effet, que nous pouvons décliner toute responsabilité, mais cette attitude, commode à tenir, convient-elle au *Concours Médical* et aux journaux qui se piquent de s'intéresser à leurs lecteurs ? Evidemment, non.

Plus scrupuleusement que jamais, nous laisserons donc à la porte les demandes d'un médecin formulées par les maires, les pharmaciens, les sages-femmes, les assureurs et nos chers présidents de S. S. M. Ces papiers-là sont bons pour les couloirs et les secrétariats des écoles de médecine où nous n'avons pas encore pu les faire disparaître ou même seulement contrôler.

Plus rigoureusement aussi, nous écarterons les offres de situations de quarante mille francs par an contre un « betit gabital », car les médecins, traqués par la gêne, sans que celle-ci leur ait donné un flair suffisamment en éveil, donnent tête baissée dans tous ces panneaux-là et en sortent complètement dépouillés.

Et ma foi, quand, par hasard, il se trouverait, une fois ou deux, que les chiffres annoncés pour tel ou tel institut seraient absolument exacts, notre abstention serait encore légitime, les formidables recettes n'appartenant guère qu'aux établissements vraiment trop spéciaux (?) pour tenter les praticiens sérieux dont se compose notre Société.

Dr J.

LA SEMAINE MÉDICALE

La radiothérapie et le lupus.

D'après le Dr Paul Richez, de Lille, la radiothérapie paraît donner, dans le cas de lupus, des résultats plus rapides que toutes les autres méthodes.

C'est dans les cas de lupus très étendus, graves, ulcérés, à marche rapidement envahissante, que l'on obtient les meilleurs résultats. On a même observé deux guérisons que l'on peut considérer comme complètes au point de vue symptomatique, mais des réserves doivent être faites au sujet d'une récidive possible.

Dans le but d'éviter ces récidives chez les malades guéris, des irradiations peuvent être faites à titre prophylactique.

L'agent actif de la guérison est constitué par les rayons Roentgen eux-mêmes.

La guérison s'opère par la substitution d'un tissu de sclérose cicatriciel au tissu pathologique. Les rayons X possèdent cette action sclérogène.

En radiothérapie, 2 facteurs sont capitaux :

a) La qualité des rayons émis;

b) La quantité de rayons absorbés par les tissus.

On doit toujours employer des mesures exactes en radiothérapie ; sinon, cette méthode n'est qu'un procédé empirique.

La méthode employée dans les cas cités a été la suivante :

Une application tous les quinze jours.

Dose absorbée chaque fois : 4 à 5 unités H, les rayons étant du degré nos 5 à 6 du radiochromomètre de Benoist.

Le traitement chirurgical de la névralgie faciale.

M. le Dr Argelliès, de Montpellier, a consacré sa thèse à l'étude du traitement chirurgical de la névralgie faciale par le procédé de M. le Dr Thiersch et de M. le professeur Forgue.

« Le traitement médical, dit l'auteur, est utile et suffisant pour guérir la plupart du temps la névralgie du trijumeau. Ce sont les cas où l'étiologie est suffisamment connue pour permettre un traitement approprié, ou bien lorsque la névralgie cède facilement aux analgésiques, quinine, antipyrine, exalgine, phénacétine, pyramidon, aspirine. Mais, pour les névralgies rebelles, le traitement médical n'est d'aucun secours, et le malade n'a de ressource que dans le traitement chirurgical. Les opérations qui tendent à extirper le ganglion de Gasser et à réséquer les branches intra-crâniennes sont d'une gravité excessive ; les accidents les plus graves sont à craindre au moment de l'intervention : hémorrhagie par déchirure du sinus ou des artères ; lésions cérébrales, shock opératoire ont souvent entraîné une mort rapide. Trois voies ont été employées : la voie basale, la première en date ; la voie temporo-basale, qui a pris naissance en France, et enfin la voie temporale. Mais aucune n'est à encourager, car elles ont toutes les mêmes dangers considérables.

Nous avons tâché de faire une statistique complète, et nous avons réuni tous les cas d'extirpation du ganglion de Gasser qui ont été publiés jusqu'à ce jour. Sur 245 cas, nous trouvons 53 morts, 30 récidives, 23 guérisons relatives, c'est-à-dire accompagnées de troubles fonctionnels durables (perte de vue le plus souvent). Et cette statistique déjà désastreuse, puisqu'il y a presque 1 mort sur 4, serait encore plus déplorable si nous pouvions avoir connaissance de tous les cas inédits.

D'autres opérations ont été imaginées pour guérir une si pénible affection. Leurs auteurs, effrayés par la mortalité excessive des interventions gassériennes, se sont contentés de s'attaquer au trijumeau périphérique. Malgré des opérations souvent coûteuses et exigeant des délabrements considérables à un endroit où ils doivent surtout être évités, les récidives sont encore trop fréquentes pour que l'on puisse se contenter de pareilles interventions.

Elles sont, au contraire, fort rares si l'on opère selon le procédé de Thiersch, préconisé en France par M. le professeur Forgue. Ce ne sont plus ici de simples sections nerveuses ou des résections de peu d'étendue, mais, il s'agit d'un véritable arrachement, une extraction de tout le nerf qui procure la névralgie. Cette extraction s'applique à la fois aux plus infimes rameaux périphériques et au bout centripète. La technique opératoire très simple permet une opération économique et sans aucun danger.

Cette opération consiste dans l'arrachement du tronc nerveux, porté aussi loin que possible, soit du côté de ses ramifications périphériques, soit du côté de ses branches centrales.

Pour réaliser cet arrachement à longue distance dans les directions centrifuge et centripète, qui est la caractéristique de ce procédé et la garantie anatomique de ses effets durables, pour réussir l'extraction d'un nerf autant vers son bouquet terminal que vers son bouquet central, au-delà des branches importantes, quelles conditions techniques doivent être remplies ?

Le tronc nerveux doit être méthodiquement découvert dans un point situé en deçà de ses arborisations terminales, où son calibre et sa résistance sont considérables, où les faisceaux secondaires qui le composent sont encore groupés en grand nombre, avant la séparation des plus importants rameaux. Le nerf doit être isolé soigneusement des parties molles, sur une étendue de 2 à 3 centimètres ; il faut le dégager surtout des artérioles qui, au niveau des trous sus et sous-orbitaire, l'accompagnent ; en effet, la densité et la ténacité des branches artérielles ne sont point identiques à celles du tronc nerveux ; la direction du tronc artériel, en amont du point de découverte, n'est pas semblable à celle des nerfs ; il en résulte que, si l'on comprend dans l'arrachement l'artère et le nerf, le point de rupture, soit dans le sens périphérique, soit dans la direction centrale, peut être modifié et rapproché du niveau de prise par ces conditions inégales de résistance à la traction, et de direction des rameaux vasculaires et nerveux.

Le nerf, une fois découvert et isolé, va être arraché, non pas par une traction brusque sur chacun de ses bouts centrifuge et centripète, mais

par une action d'étirement progressif qui sera produite grâce à l'enroulement du nerf autour d'une pince à deux mors, assez semblable à une pince à friser.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE PRATIQUE

Le sang-froid en clinique et en thérapeutique.

Nous avons consacré il y a deux ans, dans le *Concours*, un article à l'opportunisme en thérapeutique ; il nous paraît intéressant d'attirer aujourd'hui l'attention de nos lecteurs sur la nécessité d'avoir beaucoup de sang-froid en clinique et en thérapeutique. Il est malheureusement fréquent de voir les praticiens perdre toute assurance et toute prudence en présence de cas légèrement anormaux. Nous avons vu plusieurs exemples de diagnostics et de prescriptions fantastiques et extrêmement compliqués pour des cas relativement peu extraordinaires, qui étaient certainement les reflets d'un état d'âme un peu désemparé. Examinons diverses circonstances dans lesquelles il y a, parfois, un manque de sang-froid flagrant.

I

Généralement, c'est à la suite d'un grave échec de pratique, d'une mort rapide ou soudaine après une très courte maladie, d'un extraordinaire oubli dans un diagnostic, qui a entraîné des mécomptes irréparables ou des humiliations devant un consultant, que le praticien perd le sang-froid en présence d'un nouveau cas, en apparence identique. On vient, par exemple, de perdre inopinément un malade de grippe suraiguë ; on en est encore désolé et mortifié, quelque blasé que l'on soit ; c'est avec cette mentalité sombre que l'on aborde le premier malade grippé qui se présente. Aussitôt, on devient le « docteur tant pis » ; le malade vous paraît atteint de grippe infectieuse avec toutes les complications classiques : congestion pulmonaire, broncho-pneumonie, endocardite, myocardite, néphrite, urémie même. On redoute tout ; on voit tout en noir.

A-t-on, précédemment, fait une confusion entre la grippe et la dothiénentérie ? A-t-on pris une fièvre typhoïde pour une grippe ? Immédiatement on est tenté de voir partout de la fièvre typhoïde. L'esprit reste obsédé par le souvenir de l'erreur précédente et le pronostic s'en ressent. Le moindre embarras gastrique, la moindre céphalée un peu tenace fait naître dans la pensée du praticien apeuré l'idée de fièvre typhoïde.

A-t-on vu, récemment, une angine infectieuse diphthérique qui, au début, avait paru une simple angine pultacée ? Le premier sujet, qui se présente en accusant un mal de gorge, est suspecté de faire aussi une amygdalite grave plus ou moins toxique.

Le médecin qui manque de sang-froid arrive ainsi à commettre les « gaffes » les plus irréparables, à lancer les diagnostics les plus outrés et à provoquer les affolements les plus invraisemblables, au lieu de consoler et de calmer l'esprit de l'entourage des malades. Combien d'isolements, de désinfections coûteuses et malencontreuses ont été ainsi prescrites avec une incroyable précipitation par des praticiens manquant de sang-froid ! Que de discussions, de récriminations, d'actions judiciaires même, n'a-t-on pas provoquées par des réflexions et des pronostics étourdis ?

Il faut toujours conserver le plus parfait sang-froid, même en présence des cas les plus graves. La première impression est presque toujours trompeuse, et l'idéal du savoir-faire est de gagner du temps pour avoir la possibilité de voir un peu venir les événements, de prendre la température et d'en suivre la courbe, de bien ausculter le cœur et les poumons, d'analyser les urines, voire même d'examiner les exsudats ou les excrétions au microscope. Il faut revoir plusieurs fois le malade, surtout quand il est nouveau et que l'on ne connaît pas encore sa manière de réagir contre la maladie ; loin de s'en étonner, il sera généralement flatté de cette marque d'intérêt. Et, pendant ce temps, on pourra réfléchir, peser les différentes probabilités et éviter les grosses « maladresses. »

Il y a des médecins qui voient continuellement en clientèle des méningites, des diphtéries, des scarlatines, des bronchopneumonies. Certes, il y en a qui affectionnent les gros diagnostics afin de mieux faire ressortir l'efficacité de leurs traitements ; mais beaucoup sont réellement convaincus et prennent l'habitude de voir tout en noir, parce qu'ils sont restés impressionnés par un cas malheureux.

C'est principalement quand il s'agit d'établir un certificat de blessure ou d'accident qu'il faut conserver soigneusement ce sang-froid auquel nous faisons allusion. La manière de procéder la plus prudente consiste à noter ses constatations au cours de l'examen du blessé et à surseoir aux conclusions jusqu'au lendemain ; la réflexion prolongée est indispensable pour mûrir suffisamment ce que l'on va écrire. Le besoin de ne pas paraître embarrassé pousse toujours le Français, qu'il soit médecin ou magistrat, à précipiter la solution de questions souvent fort ardues ; la rédaction d'un rapport ou d'un certificat est une chose trop grave pour qu'on la précipite. Les circonstances et les faits contingents peuvent influencer le médecin manquant de sang-froid, quand il hâte la rédaction de son certificat en présence du blessé ; il peut y avoir de sa part, ou trop de pessimisme, ou trop d'optimisme, ce qui serait également funeste pour le blessé.

Une affection qui nécessite aussi le plus grand sang-froid de la part du praticien, c'est la tuberculose. A l'entourage comme au malade, il faut prendre garde d'en dire trop, surtout quand on n'est pas bien certain de son diagnostic. Assurément le diagnostic doit être précoce ; mais il faut éviter de lancer le mot terrible au premier examen, à moins d'une certitude formelle ; d'ailleurs, nous sommes d'avis que dans la plupart des cas, il vaut mieux dire la vérité au malade qu'à son entourage, car avec une bonne tactique, on peut suggestionner le malade et lui persuader qu'avec de la volonté, il doit guérir, tandis que les chuchotements et les regards de pitié de l'entourage mis au courant exercent la plus mauvaise influence sur le malade et sur son énergie, quand on lui a caché la vérité.

Dans nombre de circonstances encore, il faut au praticien un grand sang-froid pour savoir mesurer à temps ses paroles et savoir habilement profiter des situations. Que de querelles il peut éviter et que de relations tendues il peut délier, puis renouer ! Il est souvent fort difficile, pour ne pas dire impossible, de rattraper une parole jetée étourdiment, au sujet d'une tare ou d'une maladie contagieuse, vénérienne ou autre, par un praticien manquant de présence d'esprit. Mais, n'insistons pas davantage sur les exemples de défaut de sang-froid en clinique, et passons un peu en revue les immenses inconvénients de ce grave défaut, en thérapeutique.

II

La seule lecture d'une feuille de prescription médicale dévoile facilement la mentalité du thérapeute qui l'a rédigée. On se rend compte de la méthode, de la précision du diagnostic, des préoccupations principales, de la science, du sang-froid enfin de celui qui en est l'auteur. Bien que les sciences médicales ne soient pas mathématiques, elles ne peuvent se passer de l'esprit de suite et de la méthode qui sont les bases fondamentales de toute science. Or, comment un traitement prescrit au hasard des impressions, sans le contrôle du raisonnement et du jugement, peut-il avoir seulement l'apparence d'une œuvre scientifique ? C'est une simple élucubration empirique, qui n'a, sur les prospectus des charlatans, que la supériorité d'être signée par un docteur. Le manque de sang-froid est, la plupart du temps, seule cause de ce désordre thérapeutique. On veut, soi-disant, parer à toute éventualité, combattre tous les symptômes inquiétants : toux, embarras gastrique, douleurs intercostales, céphalalgie, palpitations, fièvre et agitation nerveuse, et l'ordonnance contient, au hasard, associés sans rime ni raison, l'opium, la noix vomique, l'antipyrine, la digitale, la quinine et les bromures, les purgatifs, les diurétiques, les révulsifs et les calmants; comme si l'on supposait aux médicaments une sorte d'intelligence et d'esprit de sélection pour les guider vers chacune des régions malades et vers chacun des systèmes affectés.

Rien n'est, d'ailleurs plus nuisible au bon fonctionnement de la phagocytose de défense et aux réactions spontanées de la nature que ces ordonnances compliquées et bigarrées qui sont un véritable « *galimatias* » thérapeutique. Quelque grave que soit le cas, quelque multiples que soient les manifestations morbides d'une infection, il y a toujours une indication formelle, primordiale à saisir ; c'est au poumon, c'est au cœur, c'est au cerveau qu'est le danger : c'est de ce côté que la défense naturelle faiblit, c'est là qu'il faut du « renfort ».

Le rôle du thérapeute n'est pas de se substituer à la nature, mais il est de l'aider à sortir de la lutte victorieusement. La plupart du temps, notre précipitation vient se jeter en travers de la nature et lui « fermer une porte » qu'elle s'était ménagée pour la sortie. Prenons donc garde de ne pas nous lancer à corps perdu dans la mêlée et de ne pas donner étourdiment le « coup de pouce du gaffeur » à l'échafaudage chancelant que la nature était en train de construire pour triompher du mal. Il n'y a pas *un traitement* du rhumatisme, *un traitement* de la pneumomie, *un traitement* de l'érysipèle, *un traitement* de la fièvre typhoïde, etc., il n'y a que le traitement indiqué par le cas que l'on a sous les yeux et qu'il faut savoir saisir et étudier avec sang-froid. Chez tel pneumonique, l'indication formelle est de décongestionner le système circulatoire en hypertension, par une saignée; chez tel autre, l'indication est de tonifier la circulation par la digitale, la caféine, l'éther, l'huile camphrée au 1/10 ; chez un troisième, il n'y a que la douleur du point de côté qui domine la scène et qui commande un calmant rapide comme la morphine ou la scopolamine, sans qu'il soit nécessaire de recourir à des excitants ou à des toniques. De même, chez tel typhique, il y a indication de lutter contre l'hyperthermie, soit par les bains froids, si le cœur est résistant et normal à l'auscultation, soit par le pyramidon, la cryogénine, le quinoforme ou la quinine en cas de complications cardio-pulmonaires. Surtout, évitons les prescriptions dites prophylactiques, comme les antiseptiques intestinaux pour empêcher soi-disant les auto-intoxications digestives, comme la caféine ou la digitale pour préserver le cœur de complications infectieuses, comme la quinine pour empêcher la fièvre ; ce sont d'énormes naïvetés qui ne servent qu'à surcharger l'organisme de drogues inutiles, quelquefois même nuisibles. L'organisme malade doit être observé pour lui-même, sans parti-pris, sans idées préconçues, sans affolement.

Au point de vue chirurgical, les mêmes réflexions s'imposent : de ce qu'au cours d'une hystérectomie, on vient de rencontrer de nombreuses adhérences, ou des collections purulentes multiples, ira-t-on se figurer que la prochaine opération revêtira les mêmes apparences et qu'elle comportera les mêmes difficultés? Il est sage de prévoir les complications, pour se préparer à y porter remède ; mais il ne faut pas se laisser hypnotiser par un souvenir pénible ou un échec inopiné, et se lancer dans des manœuvres opératoires que ne justifie pas l'état des organes.

De même, les interventions sur les collections fluctuantes doivent toujours être subordonnées à un examen complet et approfondi. Tout ce qui est fluctuant n'est pas un abcès, et tout ce qui contient du pus n'est pas susceptible d'être incisé : les lipomes, les gommes syphilitiques, les abcès froids tuberculeux, ne doivent pas être touchés par le bistouri, à plus forte raison, les anévrysmes. Et cependant, toutes ces étourderies ont été commises soit par ignorance, soit plutôt par défaut d'examen et manque de calme.

L'obstétrique est la branche de notre art où l'on voit, le plus souvent, les preuves de l'absence de

sang-froid. Les circonstances dramatiques dans lesquelles se font généralement les accouchements contribuent, singulièrement, à diminuer la présence d'esprit du praticien. Que de complications puerpérales ont été ainsi provoquées par les manœuvres intempestives d'un accoucheur désemparé et affolé! Quand, malheureusement, on n'a pas eu la possibilité d'examiner la parturiente avant les douleurs, quand on arrive, au dernier moment, au milieu des larmes de l'entourage et du désespoir de la patiente, le plus sage, pour ne pas perdre son sang-froid, si on a la moindre hésitation, c'est de chloroformer doucement la malade, afin de l'examiner sans provoquer de contractions utérines et avec le maximum de calme. Ainsi, l'on diminuera la partie bruyante et singulièrement gênante du drame, et l'on pourra donner une interprétation exacte aux phénomènes dystociques, exagérés trop fréquemment par le nervosisme de la parturiente et de son entourage.

De même, lorsqu'après un accouchement pénible, le nouveau-né est en état de mort apparente, il ne faut pas se laisser influencer par les lamentations de la famille; tranquillement, sans perte de temps, on exécute les tractions rythmées de la langue et la respiration artificielle jusqu'à ce que la vie revienne. De la patience et beaucoup de sang-froid sont indispensables pour mener à bien cette résurrection angoissante.

En terminant la revue des cas où le praticien a besoin d'un grand calme et d'une pleine possession de lui-même, disons un mot de la conduite à tenir pour les hémorrhagies et pour les empoisonnements.

Les hémorrhagies dont on connaît l'origine sont habituellement faciles à vaincre; le tamponnement, la compression, la ligature et les puissants hémostatiques modernes en ont presque toujours raison (adrénaline, eau oxygénée, stypticine, ergotine, etc.). Pour les hémorrhagies dont on ne peut atteindre l'origine, on aura recours à la compression de l'artère principale et à la ligature momentanée de la racine du membre, en attendant que l'on découvre le foyer de l'hémorrhagie, au besoin par une opération complémentaire de découverte anatomique.

Pour les intoxications aiguës et les empoisonnements, il ne faut pas craindre de recourir à son précis de toxicologie et ne pas se fier à sa mémoire. Le hasard est souvent, en ce cas, un mauvais conseiller et, sauf les empoisonnements banals par le laudanum ou par le sublimé où tout le monde connaît les antidotes, il est prudent de commencer par examiner les matières régurgitées, s'il se produit des vomissements, ou de provoquer ces vomissements par un ipéca ou par un lavage au tube Faucher, avant de faire ingérer au hasard un antidote plus ou moins fantaisiste.

Toutes ces considérations montrent bien nettement les innombrables difficultés de l'exercice de la pratique médicale et nous pouvons conclure, sans crainte d'être contredit, que notre art exige, dans tous les cas, un calme stoïque au service d'une mémoire sans défaillances.

Dr Paul HUGUENIN.

QUESTION MÉDICO-SOCIALE

Pourquoi les rayons X ne produisent pas les mêmes effets que la castration, bien qu'ils détruisent la glande séminale.

Au mois de janvier dernier, l'Académie de médecine s'est intéressée à l'action des rayons X et a tenu une très longue et très intéressante discussion « sur les conditions légales de l'emploi médical des rayons Röntgen ». Le rapporteur, M. Chauffard, a, en particulier, attiré l'attention de l'Académie sur les effets des rayons X sur le testicule.

« Dans une autre série de faits, dit-il, cette même action histolytique des rayons Röntgen a été constatée, portant cette fois sur divers appareils glandulaires, et surtout, par une affinité toute spéciale, sur les glandes génitales. La première constatation de ce genre a été faite en 1903 par M. Albers-Schönberg, qui a vu des cobayes soumis pendant quelques heures aux rayons Röntgen devenir stériles. En France, J. Bergonié et Tribondeau ont montré, dans toute une série de recherches parfaitement démonstratives, que le testicule du rat blanc exposé aux rayons X s'atrophie par résorption sur place de l'épithélium séminal dégénéré, que la glande, même après une exposition, devient complètement aspermatogène ».

Un point ne paraît pas avoir attiré l'attention des auteurs signalés par M. Chauffard, c'est que, si les animaux dont les testicules ont été exposés aux rayons X deviennent inféconds, cependant ils restent puissants. F. Villemin a récemment repris la question en se plaçant à ce point de vue.

Cet auteur a expérimenté sur des cobayes et a fait agir les rayons sur le testicule de ces animaux pendant 9 séances, les unes de 10 minutes, les autres de 15 minutes. Ces séances étaient séparées par des intervalles de 7 jours.

Les résultats obtenus au point de vue de la transformation du testicule ont été les mêmes que ceux de Bergonié et Tribondeau ; la glande séminale a complètement dégénéré et, par conséquent, les animaux sont devenus inféconds. Mais F. Villemin a observé que, mis en présence d'une femelle, ils manifestaient une activité génitale considérable et qu'ils effectuaient le coït. En outre, la dissection des organes génitaux lui a montré que la verge et les vésicules séminales avaient conservé leurs dimensions normales. Ces faits sont d'autant plus intéressants qu'on sait, d'autre part, que les cobayes castrés perdent toute ardeur génitale, sont incapables d'effectuer le coït et voient dégénérer rapidement leurs organes génitaux. La verge devient plus petite et les vésicules séminales surtout diminuent de volume.

Les observations de Villemin mériteraient d'être rapprochées d'observations du même genre faites chez l'homme. Si les faits n'ont pas été publiés, les médecins savent cependant que les électrothérapeutes, en appliquant des rayons X sans se garantir voient, eux aussi, leur glande séminale dégénérer. Ceux qui ont fait sur eux-mêmes l'examen du sperme ont constaté que les spermatozoïdes faisaient totalement défaut, et cependant leur activité génitale reste normale et l'on ne voit se produire chez eux aucun des symptômes qui accompagnent habituellement la castration pratiquée chez l'homme adulte.

Villemin nous donne de ces faits l'explication suivante. Les rayons X font disparaître dans le testicule la glande séminale, mais ils laissent intacte une autre glande, la glande interstitielle, qui, avec la glande séminale, constitue le testicule. La glande interstitielle est la glande à sécrétion interne, elle tient sous sa dépendance l'activité génitale et le développement des organes génitaux. Comme elle n'est pas touchée par les rayons X, il est naturel de n'observer aucun retentissement sur l'activité génitale et les organes génitaux.

Cette manière de voir, qui paraît d'ailleurs parfaitement justifiée, n'est pas nouvelle ; c'est une confirmation des idées soutenues par Ancel et Bouin dans ces dernières années. Ces auteurs ont fait voir que « le testicule de tous les mammifères est constitué par deux glandes, la glande séminale située dans les tubes séminifères et la glande interstitielle située entre ces mêmes tubes. La première est une glande à sécrétion externe qui sert uniquement à élaborer les spermatozoïdes, la seconde est une glande à sécrétion interne qui a dans l'organisme le rôle général attribué jusqu'ici au testicule tout entier. »

Ces auteurs ont soutenu cette manière de voir par de très nombreux faits. Ceux qui méritent d'être rappelés ici sont ceux dans lesquels les testicules ont une structure identique à celle obtenue après action des rayons X. La disparition de la glande séminale, tandis que la glande interstitielle reste intacte, peut en effet être amenée non seulement par les rayons X, mais encore par d'autres causes. Tantôt c'est la persistance du testicule dans l'abdomen, tantôt une lésion obturant les voies excrétrices du sperme, tantôt une ligature du canal déférent.

Dans tous ces cas, les animaux porteurs de semblables testicules, sont puissants et ont tous les caractères des entiers, sauf la fécondité. Les mêmes faits s'observent chez l'homme.

Au contraire, quand la glande interstitielle est dégénérée dans le testicule, les hommes et les animaux deviennent semblables à des castrats.

On peut en somme considérer aujourd'hui comme démontré par les travaux de Bergonié et Tribondeau et ceux de F. Villemin que les rayons X agissent sur le testicule en amenant une dissociation entre les deux glandes du testicule, en faisant dégénérer l'une (glande séminale), tandis qu'ils ne touchent pas l'autre (glande interstitielle). Or, celle qui reste intacte, c'est la glande à sécrétion interne, celle qui élabore les principes actifs du testicule, principes qui, déversés dans le sang vont permettre au testicule de jouer dans l'organisme le rôle que l'on connaît.

Cette électivité spéciale des rayons X pour une des deux glandes du testicule a, au point de vue social, une importance considérable et l'action de ces rayons sur la glande génitale mâle justifierait à elle seule l'avis formulé par l'Académie, de réserver au médecin l'emploi des rayons X. Ceux-ci ne détruisent que la glande séminale qui n'élabore aucun principe de sécrétion interne et la disparition de cette glande ne pouvant amener que l'infécondité, l'homme soumis aux rayons X restera normal à tous les points de vue puisqu'il garde sa glande interstitielle. On voit par là, ainsi que le dit M. Chauffard « quel effroyable danger social peut devenir un agent malthusien aussi secret, aussi insaisissable dans son application ».

RHINOLOGIE

Guérison de l'ozène par les injections sous-muqueuses de paraffine.

Par Le Dr Etiévant (de Lyon).

Communication à l'Académie de Médecine (séance du 13 février 1906) et à la Société des médecins praticiens de Lyon (séance du 23 février 1906). Avec présentation de malades.

L'ozène, « affection rebelle, faisant du malade un objet de répulsion pour son entourage, et d'autant plus pénible qu'elle frappe surtout les femmes à l'âge de la puberté » (Lermoyez), n'est qu'une affection locale du nez sans gravité intrinsèque, dont le principal symptôme n'est que pallié par les différents traitements proposés jusqu'à ce jour ; mais on conçoit qu'en présence des *troubles digestifs* entretenus par la déglutition des sécrétions infectes venues des fosses nasales, de la *toxhémie* résultat de l'apport incessant aux poumons d'un air fétide, de la *dépression morale* causée par les entraves que la punaisie met à la vie sociale, et des *sérieuses perturbations* qui s'ensuivent dans l'état général, on conçoit, disons-nous, que maint rhinologiste ait consacré ses recherches scientifiques au traitement de cette affection. La multiplicité des procédés mis en œuvre pour la combattre est une preuve de leur insuccès. Nos travaux sur l'électrolyse cuprique appliquée au traitement de l'ozène ont toutefois montré la possibilité d'obtenir une guérison relative dans certains cas, si toutefois on peut appliquer ce terme à la disparition à peu près définitive de l'odeur.

Depuis un an et demi la question du traitement de l'ozène a fait un grand pas avec les injections de paraffine et aujourd'hui, il convient de reléguer les autres moyens thérapeutiques au second plan.

En ce qui nous concerne personnellement, nous avons bien la sensation de n'avoir fait subir aucune modification profonde à la technique des injections sous-muqueuses de paraffine solide, et notre communication a simplement pour but de montrer l'excellence des résultats qu'on peut obtenir en y apportant les perfectionnements que nous signalerons et en prenant une série de précautions qui en font une manœuvre très délicate, mais aussi parfaitement inoffensive.

Rappelons que la méthode des injections forcées de paraffine à froid a supprimé, du coup, les inconvénients dus quelquefois aux injections de paraffine en fusion ; avec elle, plus de brûlures, plus d'épanchements à distance, plus de thrombophlébite ; un voisin aussi susceptible que le cerveau, une porte de communication aussi largement ouverte que la lame criblée, nous avaient fait reculer devant la méthode des injections de paraffine à 50°. D'autre part, la seringue de Lagarde à écrou nécessitant l'emploi des deux mains ne nous avait pas satisfait. En revanche, la seringue de Brœckaert nous a paru remplir tous les desiderata. L'instrument se compose : 1° d'une seringue métallique avec piston en métal et à crémaillère ; 2° d'une pince à ressort qui actionne le piston.

Le corps de pompe est d'une capacité d'un centimètre cube : à l'extrémité la plus effilée se visse une aiguille ; à l'autre extrémité, se visse la pince levier du deuxième genre, composé de deux bran-

ches de 20 centimètres de long, la branche antérieure est fixe, munie d'un petit verrou à ressort qui accroche une des dentelures de la crémaillère pour permettre le recul de la branche mobile ; cette branche mobile possède un écrou semblable qui accroche une dentelure pour propulser le piston. Un petit cylindre de paraffine fusible à 45° aseptisé est introduit dans le corps de pompe. L'aiguille stérilisée et le piston sont adaptés au corps de pompe et la seringue prête à fonctionner. Nous nous servons d'aiguilles se terminant par une extrémité très amincie et nous les passons avec insistance, au moment de nous en servir, dans la flamme d'une lampe à alcool pour faciliter la sortie de la paraffine.

Après avoir débarrassé la fosse nasale des croûtes et des sécrétions, nous badigeonnons le cornet inférieur et la cloison avec une solution de cocaïne à 1/10, puis d'adrénaline à 1/1000. Nous limitons toutefois ce badigeonnage à la moitié antérieure du cornet de manière à laisser la partie postérieure plus turgescente, ce qui facilite beaucoup l'introduction de l'aiguille.

Dans la première séance nous nous attachons à reconstituer la partie postérieure des cornets au moyen de deux injections sur des points convenablement choisis, l'un sur la convexité interne du cornet, l'autre sur la convexité inférieure, et, pour agir très méthodiquement, nous notons sur un schéma, représentant les cornets inférieurs et la cloison, les points sur lesquels porte 1 injection, de façon à connaître plus tard les régions déjà traitées.

Dans les séances ultérieures nous passons à la partie moyenne et antérieure des cornets. De même, et suivant en cela le conseil de Broekaert, nous ne craignons pas de créer un éperon artificiel en injectant sous la muqueuse de la cloison une certaine quantité de paraffine. Il est important, croyons-nous, de suivre du regard les modifications de la muqueuse qu'on voit se soulever progressivement en même temps qu'elle pâlit ; en effet la quantité de substance à injecter ne peut être fixée mathématiquement d'avance, il y a là un moment à saisir de façon à profiter de la piqûre pour injecter une quantité suffisante sans en abuser au point de faire éclater une muqueuse déjà malade et très friable. C'est pourquoi encore l'injection doit être poussée avec lenteur ; il n'est pas nécessaire d'ailleurs, comme dans l'injection à chaud, d'agir avec promptitude pour empêcher la paraffine de se solidifier.

Quelques jours après la première injection, les croûtes ne se forment plus, la punaisie disparaît, le malade se croit guéri, il lui semble qu'il respire mieux, il n'a plus en effet cette sensation d'obstruction nasale particulière à l'ozéneux, il lui semble que l'air passe plus facilement alors que le contraire seul est exact (Baratoux). Enfin, point capital, quand on examine le nez ainsi reconstitué, on constate la disparition des croûtes, les cornets ont repris leurs dimensions normales et leur coloration rosée. Parfois, malgré la disparition des croûtes, ont voit persister une sécrétion de matière visqueuse qui paraît avec raison, à Moure et à Brindel, l'indice d'une guérison imparfaite.

Dans plusieurs cas, nous avons vu reparaître l'odorat absent depuis plusieurs années.

Différents auteurs ont apporté des statistiques permettant de porter un jugement à peu près définitif sur la valeur curative des injections de paraffine à froid, dans le traitement de l'ozène. Celle de Moure portant sur 72 ozéneux, mentionne 62 % de guérisons, 33 % d'améliorations.

Notre expérience personnelle porte sur 18 cas concernant des sujets dont l'âge varie de 12 à 30 ans, et sur ces 18 cas nous avons obtenu :

a) 12 guérisons complètes confirmées depuis plus de quatre mois ;

b) 3 améliorations condérables ;

c) 2 améliorations légères ;

d) 1 insuccès complet (la malade n'a accepté que deux injections).

Nous appelons *amélioration considérable* la suppression pure et simple de l'odeur et des croûtes, et *guérison* la disparition complète de l'odeur ainsi que le rétablissement normal des sécrétions nasales. Nous sommes convaincu que la méthode donnera lieu à des statistiques bien supérieures, le jour où elle sera vulgarisée et où on n'aura à traiter que très exceptionnellement des ozènes datant de dix ans et plus, c'est-à-dire des cas où l'atrophie est poussée à l'extrême.

Nous avons obtenu des guérisons en deux séances ; mais d'autres cas ont exigé quatre et même sept injections; on comprendra facilement que ce n'était pas trop leur demander quand on songe que la plupart de nos malades, imbus de cette idée que l'ozène est incurable, se sont bornés, pendant 7, 8 ou 10 ans, à faire la banale irrigation quotidienne. C'est également là ce qui explique les insuccès.

Ceux-ci ne comptent et ne compteront que pour une très faible part, et avec Brœckaert, le créateur de la méthode, nous ne craignons pas d'affirmer que nulle autre n'est comparable à celle-ci et qu'en somme, à l'heure actuelle, la curabilité de cette affection tenace, rebelle, et antisociale qu'est l'ozène est enfin réalisée.

CHIRURGIE PRATIQUE

Du traitement des tumeurs blanches par le massage léger et la mobilisation prudente.

Par le Dr SAQUET, de Nantes.

C'est sur les instances pressantes et réitérées depuis bientôt un an de notre cher Président, mon excellent maître et ami Stapfer, que je me suis décidé à publier mes observations sur cette question.

Je craignais, en effet, malgré une expérience de plus de douze ans sur ce sujet, où la méthode s'est montrée efficace souvent et sans inconvénient toujours, je craignais, dis-je, qu'elle ne fût l'occasion de désastres entre les mains de maladroits ou de charlatans.

Comme on pouvait m'objecter que les cas traités n'étaient pas de la tuberculose, j'ai tenu à montrer, à mes collègues de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes, des cas guéris depuis quelques années, et en un traitement. (*Gazette médicale de Nantes* des 6 janvier et 20 janvier 1906.) Le premier de ces cas est seul reproduit dans ce travail.

Tout médecin qui a quelque pratique n'est pas sans avoir observé des cas de tumeur blanche

guéris par l'aide de la bonne nature, ou presque sans traitement ; nous ne faisons qu'aider l'organisme.

Calot, de Berck, a étudié la question dans un article paru dans la *Presse Médicale* du 27 septembre 1899 : « Peut-on guérir les tumeurs blanches en conservant la mobilité des articulations ?» reproduit et développé dans son livre sur *Les maladies qu'on soigne à Berk*, pp. 177 et suivantes, mais il admet que les arthrites qui guérissent ainsi ne sont pas tuberculeuses.

Or, nous avons soigné des cas, où le diagnostic était indéniable.

Dans l'un, entre autres, un enfant de 4 ans nous est amené le 24 octobre 1900, pour une boiterie de la jambe droite, avec atrophie de la fesse et de la cuisse ; les mouvements sont limités dans la hanche, un peu de sensibilité à la pression. La mère nous raconte que l'enfant est chétif, boite depuis plus d'un an et qu'on a porté le diagnostic de coxalgie. Après une trentaine de séances espacées sur 6 semaines de temps environ, l'articulation était souple, l'atrophie et la boiterie avaient disparu. Un an après, j'étais rappelé auprès du même enfant bien portant jusque-là, mais qui, dans la quinzaine précédente, avait fait deux chutes sur la hanche ; il était au lit avec fièvre, l'articulation coxo-fémorale était sensible à la pression, et les mouvements douloureux. Comme il s'agissait de malheureux, je conseillai l'envoi à l'hôpital maritime de Pen-Bron ; j'obtins l'entrée à l'Hôtel-Dieu, et là le petit malade eut un abcès de la hanche avec luxation du fémur. *Il s'était donc agi, la première fois, de tuberculose*, qui s'était atténuée sous l'influence du massage.

Dans un autre cas de coxalgie, chez une fillette de neuf ans, je fus appelé alors qu'il y avait déjà de la contracture, la cuisse était fléchie sur le bassin, la fillette se plaignait continuellement, ne dormait pas et présentait de la fièvre. Je lui allongeai la jambe extemporanément, et les douleurs cessèrent aussitôt ; l'extension fut maintenue avec des poids.

Comme la hanche s'était ankylosée en légère flexion, je lui fis une mobilisation sous chloroforme avec l'aide de mon regretté maître, le professeur Fr. Joüon. Celui-ci me fit observer les dangers de ce procédé : aussi, je mobilisai avec grande modération. Il n'y eut aucune suite fâcheuse. Je continuai à soigner cette malade par le massage seul, et après quelques mois elle put marcher avec une canne. Il resta une raideur de la hanche et par conséquent de la boiterie, mais la santé générale était parfaite.

J'ai eu l'occasion de traiter, en 1903, avec mon excellent ami, le Dr Maurice Bureau, une jeune fille d'une trentaine d'années, atteinte d'ankylose du genou en flexion légère, à la suite d'arthrite aiguë très douloureuse, avec fièvre, consécutive à une phlébite de la jambe gauche.

Cette jeune fille avait eu une sœur atteinte de coxalgie à l'âge d'une vingtaine d'années, et qui avait succombé à la suite de cette affection.

Le Prof. Fr. Jouon, qui l'avait soignée, me dit de penser en conséquence à la tuberculose pour notre propre malade. Cependant Maurice Bureau et moi ne pouvions admettre ce diagnostic, et pour hâter la guérison nous mobilisâmes trois fois le genou sous le chloroforme.

Il y eut chaque fois réaction locale intense, mais sans fièvre, et au bout d'une dizaine de jours toute inflammation était à peu près disparue ; il persistait un œdème assez important au niveau du genou et à la face interne de la cuisse, ainsi qu'à la jambe phlébitée. L'abstinence de sel n'influença pas cet œdème qui disparut à la longue ; l'ankylose persista malgré tout, et nous vînmes finalement au diagnostic de rhumatisme tuberculeux. Ceci se passait en 1903. Or, récemment, M. Maurice Bureau m'a dit qu'il venait de trouver des signes de tuberculose au sommet du poumon, ce qui justifie notre diagnostic. La patiente marche facilement, et sa jambe est indolore depuis longtemps et sans œdème.

Pour ce qui est de la technique, j'emploie le massage léger, que j'ai préconisé dès mes débuts en kinésithérapie, massage dit à la Française, et qui, en effet, est bien français et non suédois, mais que beaucoup de Français ignorent ; effleurage léger d'abord, puis plus profond quand la douleur a diminué ou disparu ; en tout cas les manœuvres ne doivent jamais être douloureuses.

Quand les phénomènes inflammatoires sont dissipés, j'emploie la mobilisation sans chloroforme généralement, de façon à m'arrêter si les mouvements sont trop douloureux, pour éviter aussi une réaction trop intense, puis avec le massage je calme la douleur et recommence les mouvements forcés après quelques jours. Aussitôt que la marche est possible sans douleur, je la permets, avec appui pour commencer.

D'ailleurs, comme Stapfer, je prétends que l'action du massage n'est pas purement mécanique (voir ma communication au Congrès internat. de Paris 1900 sur l'action trophique locale du massage abdominal) mais surtout trophique, et ceci est justifié par le grossissement musculaire qui survient rapidement après le massage léger des muscles atteints d'atrophie.

Sans cela, on pourrait craindre la diffusion des germes dans l'organisme, et l'on verrait des généralisations que je n'ai jamais observées, tandis qu'on en a vu parfois à la suite de grattages articulaires, ou du râclage des synovites fongueuses.

C'est pourquoi encore je n'ai pas voulu publier de suite mes observations, afin de pouvoir suivre mes malades.

Mon premier cas et beaucoup d'autres m'ont été adressés par mon vénéré maître, le Prof. Heurtaux, auquel je suis heureux de pouvoir témoigner ici ma profonde reconnaissance pour sa bienveillance éclairée et continue.

Mon premier cas date de 1893. C'était un jeune homme de 18 ans, dont la mère était morte de tuberculose pulmonaire. Il était atteint au genou gauche d'une arthrite douloureuse avec léger gonflement et points sensibles dans la synoviale, surtout à la face interne du genou. Il avait passé 2 saisons à Cauterets, et subi le massage des baigneurs sans succès. Un médecin, ici, avait essayé en vain du massage pendant un mois. Il n'y avait pas d'ankylose, mais de l'atrophie de la cuisse et du mollet. Après deux mois de notre traitement, toute sensibilité anormale avait disparu, et l'atrophie était très diminuée. Ce bon résultat a persisté depuis.

Pour montrer l'innocuité de notre méthode, je citerai le cas d'un jeune homme de 16 ans, qui me fut adressé par M. Heurtaux en 1893. Il était atteint de tumeur blanche légère du genou droit avec légère raideur. Je le mobilisai jusqu'à la limite de la douleur vite accusée ; mais ayant remarqué que ce jeune homme était très pusillanime, je profitai un jour de l'absence de ses parents, qui entretenaient cette pusillanimité, pour pousser un peu plus la flexion. Ne percevant aucune résistance d'adhérence, je fléchis presque à angle droit. A ce moment résistance du malade, qui ressent une douleur un peu vive. Le lendemain, il y avait un peu de gonflement articulaire, qui fut dissipé par un massage léger, décongestionnant.

C'est alors qu'on me pria de cesser mes soins. Malgré cela, le mal n'empira pas et mon ami le Prof. Vignard, qui l'a vu en 1902, m'a confirmé qu'il n'avait pas été aggravé. Aujourd'hui même, 11 février

1906, je l'ai vu marcher dans la rue ; il paraît avoir une ankylose du genou, je ne sais s'il est guéri.

Au mois d'avril 1898, je vis un capitaine de la marine marchande, âgé d'une trentaine d'années, qui m'était envoyé par le prof. Heurtaux, pour raideur des doigts et du poignet, suite d'une tumeur blanche qui n'était pas guérie, et pour laquelle on faisait encore des injections d'éther iodoformé. Il avait subi quelque temps auparavant une résection costale pour pleurésie purulente, et présentait de la bronchite chronique, pour ne pas dire plus. Je possède une radiographie de ses deux poignets, on ne voit pas sur l'épreuve du poignet malade les espaces clairs interosseux que l'on remarque sur l'autre.

Je lui fis une soixantaine de séances de massage et de mobilisation, jusqu'à fin septembre. Il avait alors recouvré la souplesse complète de ses doigts. Disparition de l'œdème et de la sensibilité du poignet. Je l'ai revu récemment : la guérison de son affection locale persistait.

Voici maintenant deux cas de tumeur blanche, l'un guéri par le massage depuis 7 ans, l'autre en traitement. Je les ai présentés le 26 décembre 1905 à la Société des hôpitaux de Nantes.

M. M., âgé de 40 ans, actuellement employé d'une administration publique, est porteur d'une ankylose incomplète du coude droit en demi-extension, suite d'abcès froids qui ont laissé des traces multiples à son pourtour, et ont mis 18 mois avant de guérir en 1884.

Je vis M. M. en 1898, il était alors atteint depuis 4 mois de tumeur blanche du poignet droit tellement grave que, comme les injections d'éther iodoformé étaient sans effet, son chirurgien lui proposa l'amputation. Il s'adressa alors à M. le Prof. Heurtaux qui continua les injections et finalement me l'envoya pour remédier à l'ankylose en extension du poignet et de tous les doigts, suite de l'immobilisation. La main était enflée et douloureuse, mais l'état général assez bon.

Je pratiquai d'abord du massage léger, décongestionnant, puis je mobilisai prudemment chaque jour une ou deux articulations dans des limites très modérées, et enfin au bout de 6 mois à peine, la mobilité des doigts était normale, et le poignet avait atteint un peu de souplesse.

Ce cas démontre l'innocuité de ma méthode, et la conservation du résultat sans danger pour l'état général.

Je ne crois pas qu'on puisse faire au massage le reproche adressé à certains actes chirurgicaux, tels que le grattage, qui peut déterminer la dissémination des germes tuberculeux.

En effet, d'après Stapfer, dont je partage l'opinion, le massage non brutal n'agit pas seulement de façon mécanique, mais doit favoriser la phagocytose et les moyens de défense des tissus, puisqu'il en améliore la circulation et la nutrition.

En tout cas je n'ai jamais constaté d'inconvénient au massage pratiqué légèrement, et je renvoie de nouveau à ma communication au Congrès international de Paris 1906 sur l'action trophique de ce massage.

Comme preuve de ma bonne foi, j'ai montré à la même Société, dans la même séance, un cas de tumeur blanche en évolution et actuellement traité par le massage.

C'est une fillette de 9 ans qui a passé 2 ans à Pen-Bron il y a 4 ans, et en est sortie peu améliorée au dire de la mère. Quand on me l'a amenée il y a 2 mois, le genou était douloureux et plus gros qu'actuellement, et aussi moins mobile. La flexion atteint maintenant l'angle droit.

Il serait à désirer que l'enfant marchât avec des béquilles et eût du soleil, mais chez elle règne une misère noire et le contraire des conditions nécessaires à une cure rapide.

Eu égard à l'amélioration qui s'est produite, j'espère pouvoir vous la présenter dans quelque temps ; c'est surtout la synoviale qui est intéressée, et principalement le cul-de-sac supérieur ; le côté externe qui est aussi gonflé que l'interne, a beaucoup diminué. C'est un cas à suivre.

Voici, pour finir, un cas de tumeur blanche du genou datant de trois ans, et guérie par le massage ; j'ai présenté la malade à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes, et la *Gazette médicale de Nantes* en a publié, le 6 janvier 1905, l'observation.

Elise X.., 40 ans actuellement, est prise, en janvier 1900, de douleurs vives dans le genou gauche la forçant à s'aliter ; elle habitait alors Saint-Nazaire. Dans ses antécédents, il y a un de ses frères atteint de tumeur blanche du genou, et mort à la suite de cette affection vers 30 ans. Après différents traitements, elle est envoyée à l'hôpital maritime de Pen-Bron où le professeur Poisson porte le diagnostic de tumeur blanche, et en conséquence l'immobile après pointes de feu profondes sous chloroforme.

Elle quitte la mer en 1901 pour entrer, au commencement de l'année, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, où le professeur Heurtaux confirme le diagnostic de tumeur blanche, immobilise, et lui fait 2 à 3 injections d'éther iodoformé par semaine.

Elle quitte l'Hôtel-Dieu, non guérie, pour être admise dans un hospice d'incurables au mois de juillet 1901. Elle portait alors un silicate ; la jambe était douloureuse, et la marche impossible sans béquilles.

Je la vis pour la première fois en décembre 1903, le genou était empâté et sensible surtout en dedans et à la face postérieure, la jambe et la cuisse œdématiées et atrophiées. Elle portait toujours un appareil silicaté amovo-inamovible, et marchait péniblement avec des béquilles.

La peau de la jambe était recouverte d'un épiderme épaissi, jaunâtre et écailleux.

Il fallut plus de trois mois, pour que les dernières traces de cet épiderme écailleux disparussent.

Il existait quelques mouvements très limités dans le genou, et le heurt du pied provoquait une douleur extrême, persistant quelques minutes, quelquefois quelques heures.

La rotule était mobile latéralement, et l'est restée.

L'amélioration se fit de semaine en semaine, les douleurs s'atténuèrent d'abord, la solidité revint, et en février. Elise put quitter ses béquilles. Elle s'appuyait sur un parapluie, mais n'osa quitter son appareil silicaté que plusieurs semaines plus tard.

Le traitement interne iode et iodures, huile de morue, suivi pendant des années, ne paraît avoir eu aucune influence.

La malade, quoique corpulente, au mois de juin 1903 pouvait faire 7 *kilomètres à pied et sans canne*.

Le résultat s'est maintenu. Le genou est ankylosé en extension. Je ne l'ai pas mobilisé, car Elise X... était traitée chez moi, et, en cas de réaction inflammatoire après mobilisation, je n'aurais pas pu faire le massage nécessaire, au lit, chez la malade.

Dans la discussion qui suivit la présentation de cette malade, MM. E. Joüon et Sourdille ont émis quelques réserves sur le diagnostic de tumeur blanche. J'ai répondu que le diagnostic avait été fait avant moi par M. Poisson et par M. Heurtaux, et que je présenterais d'ailleurs d'autres malades, chez lesquelles le diagnostic était confirmé par l'existence de lésions d'autres organes manifestement tuberculeux. Parmi ces malades se trouvent celles que je viens de signaler dans la présente communication.

Vous comprendrez qu'étant, je crois, le premier, qui aie la hardiesse de prôner le massage,

comme traitement des tumeurs blanches, je tienne à l'exactitude de mes diagnostics.

Aussi ne signalerai-je que pour mémoire, à cause de l'incertitude qui règne sur leur véritable étiologie, la guérison de deux cas d'arthrite de la hanche ayant coïncidé avec la croissance, avec des phénomènes graves de fièvre, d'amaigrissement, de douleurs, survenus chez deux jeunes gens, l'un de 14 ans, l'autre de 12 ans, garçon et fille, qui avaient grandi tous d'eux d'une dizaine de centimètres dans l'année. Après avoir porté le diagnostic de coxalgie, particulièrement chez le jeune homme, mon maître et ami Vignard, eu égard à la rapidité de la guérison, survenue après 2 mois de traitement avec repos au lit au début, Vignard, dis-je, pensa plutôt à de l'arthrite avec ostéomyélite. Le jeune homme est guéri depuis 3 ans et la jeune fille depuis quelques mois seulement.

Je ne parlerai pas non plus des nombreux cas d'hydarthrose spontanée que bon nombre d'auteurs regardent comme d'origine tuberculeuse et qui guérissent en quelques mois au plus de massage sans immobilisation. Je me contente de ces observations, suffisantes, je crois, pour une première communication. Permettez-moi d'y ajouter quelques mots.

Pour l'indication du traitement, je n'aime pas beaucoup les affections de la hanche, articulation profonde et difficilement accessible, si le sujet est gras ou musclé. J'ai eu surtout affaire à des tuberculoses des synoviales sans grosses fongosités, pour lesquelles on avait employé sans succès pointes de feu et immobilisation.

Naturellement, il faut suivre la meilleure hygiène possible, avec une alimentation appropriée, mais j'ai cité un cas où l'hygiène était nulle et cependant l'amélioration certaine.

J'ai trouvé que notre méthode était plus rapide que les moyens employés classiquement, et je m'estimerai heureux si j'ai pu appeler votre bienveillante attention sur la cure de ces affections, qui sont généralement d'une lenteur désespérante à guérir, quand elles ne menacent pas la vie, ou ne nécessitent la perte d'un membre.

La durée du traitement est en moyenne de 3 à 6 mois.

Dans la discussion de ma communication à la Société de Nantes du 6 janvier 1906, M. Joüon a dit que, dans le cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse, le massage et surtout la mobilisation sont dangereux. J'ai affirmé, au contraire, que ces procédés, employés avec discernement et par une main expérimentée, sont utiles ; mais je ne défends que ma méthode.

Je répète que ma méthode est la méthode française de Lebâtard, Elleaume, Mervy, Lucas-Championnière, Stapfer, Dagron, et, je crois bien, de tous les bons rebouteux d'antan. J'utilise, s'il y a lieu, les attitudes suédoises.

Je répudie absolument les procédés violents, et, s'il y a une mobilisation à faire, j'emploie les mouvements dans la limite où ils sont indolores.

Je n'emploie la mobilisation forcée, que quand toute inflammation aiguë est éteinte ; je ne fais pas de mouvements très étendus, et me sers du massage comme d'un excellent anti-phlogistique plus puissant que les pointes de feu et l'immobilisation, et surtout beaucoup plus rapide.

Je regarde les expériences de Cornil, qui remue pendant trois minutes les articulations tuberculisées par inoculations, non comme une mobilisation, mais comme une brutalisation, et certainement tous les masseurs, même allemands, sont d'accord là-dessus.

L'action du massage est d'aider la nature et d'abréger singulièrement la durée du traitement.

On nous avait prédit des désastres dans la mobilisation des fractures juxta-articulaires, parce que cela arrivait fréquemment autrefois aux *brutaux* rebouteurs; je ne sache pas qu'on en ait observé avec un masseur prudent et possédant son art. Quand les médecins sauront, ils feront d'excellents masseurs.

(Extrait de la *Revue de Cinésie*, fév. 1906.)

HYGIÈNE PRÉVENTIVE

A propos des désinfections officielles.

Le « *Bulletin médical* » a reçu la lettre suivante :

Paris, le 16 février 1906.

Il y a quelques années, ému des plaintes de clients dont les désinfecteurs officiels avaient inondé les pièces, en procédant à leurs opérations, je pris le parti de recommander à tous ceux qui le pouvaient un mode de désinfection plus discret et tout aussi efficace.

Pour éviter l'arrivée des employés de la ville, j'inscrivais sur la carte de déclaration à nous délivrée à cet effet, au-dessous du mot « observations » : la désinfection sera faite sous ma responsabilité. Inutile d'envoyer les désinfecteurs.

Croiriez-vous que jamais on n'a fait attention à ces mots que j'avais pris la peine d'écrire ? Les désinfecteurs se présentaient invariablement, et certaines familles « se sont laissé faire », s'entendant dire que c'était obligatoire et n'y comprenant rien.

Le lendemain, on ne manquait pas de dire : « Mais, docteur, vous m'aviez promis de faire le nécessaire pour que la désinfection n'eût pas lieu avant quelques jours, et, en tout cas, qu'elle fût faite comme vous me l'aviez indiqué. Or, les employés de la ville sont venus, disant qu'il fallait que la désinfection eût lieu, et ils l'ont faite incontinent ».

Pour satisfaire ma conscience, je continue à inscrire sur la carte qu'il est inutile d'envoyer les désinfecteurs municipaux, mais, instruit par l'expérience, je préviens mes clients qu'ils n'ont qu'à opposer un refus formel lorsqu'on veut leur imposer un mode de désinfection qui n'est pas celui auquel je leur conseille de recourir.

Je n'eusse pas cru devoir livrer aux méditations de vos lecteurs ces petits faits trop connus d'eux, s'il ne venait de m'arriver dernièrement une aventure qui me paraît de nature — si elle se renouvelle — à porter atteinte à notre dignité professionnelle.

Ayant eu à soigner un cas de diphtérie dans une famille de la rue de l'Université, j'envoie, le 25 janvier, à M. le préfet de police, ma carte de déclaration avec ces mots, dont j'ai exprès conservé le double : « La désinfection est faite par mes soins. Inutile d'envoyer les désinfecteurs municipaux. »

Et, en effet, la désinfection fut opérée le lendemain sous mon contrôle. Or, quel ne fut pas mon étonnement lorsque, un ou deux jours après, j'appris que les employés des étuves municipales étaient venus demander à la concierge de désinfecter. Sur l'assurance que la désinfection avait été faite, ils s'étaient retirés...

D'ailleurs, les préposés à la désinfection ne se gênent même pas pour venir avant que soit faite la déclaration de la maladie. Ce cas s'est présenté l'an dernier, à l'occasion d'une rougeole. La maladie battait son plein — je m'apprêtais à mettre la carte de déclaration à la poste — lorsque je sus que les désinfecteurs municipaux étaient venus offrir leurs services. Comment avaient-ils été renseignés ? Par la concierge, vraisemblablement. Mais pourquoi étaient-ils venus ? En vertu de quel ordre ? *Quien sabe !*

Que pensez-vous de ces façons de procéder à l'égard des médecins ? Ne trouvez vous pas que nous sommes diminués par ce contrôle auprès des concierges ? diminués par ces vexations, dont sont victimes nos clients, malgré toutes nos précautions et les affirmations que nous donnons en haut lieu. J'entends chuchoter tout autour de moi qu'il n'y a qu'à ne plus déclarer les maladies contagieuses. La façon de nous rendre cette tâche si ingrate n'est pas faite pour nous encourager à la remplir. Je suis sûr que beaucoup de mes confrères pensent comme moi Je serais bien heureux si nos plaintes pouvaient avoir quelques résultats en nous faisant obtenir des garanties dont nous sommes absolument dépourvus actuellement.

Veuillez agréer, etc.

Dr Ed. Laval.

N. D. L. R. — « Depuis trois ans que nous re« commandons à nos lecteurs un procédé re« connu efficace par le Comité d'hygiène publi« que de France et approuvé par décision minis« térielle, le Fumigator, nous savons quelle « opposition lui fait, comme à d'autres procédés, « l'ad-mi-nis-tra-tion, qui emploie, elle, un pro« cédé au sublimé *qui n'a pas reçu l'approbation « du Comité d'hygiène publique de France ni l'auto« risation ministérielle prévue par la loi du 15 « février 1902.*

« Comme le demande notre correspondant, il « serait bon que le sans-gêne administratif ait un « terme et que les promesses de neutralité, de « bienveillance pour les entreprises privées de « désinfection, faites par les pouvoirs publics, du « haut de la tribune du Sénat ou de la Chambre, « en 1902, fussent tenues. »

ÉTUDES ET PROJETS

Sociétés de Secours mutuels et tuberculose.

Une Société de Secours mutuels en situation de bon et complet fonctionnement doit remplir plusieurs buts qui sont, par ordre d'importance :

1° Soins médicaux et pharmaceutiques pendant une période variable selon l'état de prospérité financière de la Société ;

2° Indemnité quotidienne, variable également dans les mêmes conditions ;

3° Retraites plus ou moins élevées et plus ou moins nombreuses selon le chiffre des économies réalisées sur la gestion.

Le dernier but devient de moins en moins atteint, et l'Etat a fort bien agi dans l'organisation des retraites ouvrières, en ne laissant pas à la mutualité trop de responsabilité au sujet de cette création. Car, d'une part, toutes les Sociétés ne sont pas administrées d'une façon identique, ni parfaite, et d'autre part elles ont bien autre chose à faire.

Le service médical étant l'objet principal des Sociétés de Secours mutuels doit particulièrement retenir l'attention.

Il est bien certain qu'en l'état actuel des choses, les Sociétés ne remplissent pas leur but en ce qui concerne les chroniques, notamment les tuberculeux. Les chroniques sont quelque peu négligés et on les évite de toute façon, en fermant la porte d'entrée d'abord et en ne leur délivrant ensuite une feuille de maladie que lorsqu'on ne peut faire autrement. Et le malheureux chronique qui se *promène* avec une feuille de maladie, est plutôt considéré par les Sociétés comme un parasite que comme un malade.

Nous ne sommes pourtant point de l'avis de M. Léon Bourgeois lorsqu'il voudrait ouvrir plus largement les portes d'entrée des Sociétés et y admettre même des candidats à la tuberculose, avançant que les Sociétés de Secours mutuels ne doivent point devenir des compagnies d'assurance. Les Sociétés de Secours mutuels ne doivent pas être des compagnies d'assurance, il est vrai ; pas plus qu'elles ne doivent être des Sociétés d'assistance ou des bureaux de bienfaisance. Ne se trouvent-elles pas parfois, d'ailleurs, dans la nécessité d'abandonner leurs membres à l'assistance publique ? Mais une fois reçu comme membre participant, après examen médical, tout sociétaire devrait avoir indéfiniment droit au traitement intégral. Or ce n'est point ce qui se passe au sein des sociétés. Un sociétaire devient par son genre de travail, sa constitution, son milieu, son atelier, son logement, son état social en un mot, candidat à une maladie chronique, la tuberculose entre autres ; il maigrit, perd l'appétit, tousse et ses forces diminuent : ou il va trouver le médecin de la Société, ou il continue son travail. Dans le premier cas, le médecin lui donne un traitement qu'il suit plus ou moins régulièrement, plus ou moins longtemps, jusqu'à ce que, le mal s'aggravant, le médecin délivre une feuille de maladie. Puis le repos produisant une amélioration, l'ouvrier reprend son travail, retombe, retravaille encore pour finalement, épuisé, succomber au bout d'un temps plus ou moins long. Dans le second cas, le terme fatal arrive plus rapidement.

Que peut faire de plus le médecin, si souvent sous la dépendance des bureaux ou présidents de Sociétés qui ne visent qu'à l'économie ? Son autorité morale, quand il en a, n'est pas suffisante pour peser sur les administrations.

Il est dévoué, c'est entendu, mais malgré toute sa bonne volonté, il est impuissant à changer la face des choses. Malgré tout, et sans qu'on puisse lui en faire le moindre reproche, c'est le laisser aller et la routine.

Et les Sociétés de Secours Mutuels et la Société en souffrent.

Il en serait tout autrement, nous en sommes persuadés, avec le libre choix du médecin. Ce-

lui-ci aurait toute liberté d'action, dégagé de toute contrainte, de tout intérêt secondaire, ne voyant que l'intérêt du malade, sans autre préoccupation, sans souci de plaire à tel ou tel président, sans s'occuper de savoir si le bilan de la Société dont ses malades font partie est en plus ou moins bonne posture. De telle sorte qu'un mouvement bienfaisant et nouveau se produirait dont les Sociétés seraient bien obligées de tenir compte

Est-ce à dire que la Mutualité en souffrirait ? Non. Nous avons dit, et nous le répétons, qu'avec le choix du médecin, les Sociétés de S. M. ne verraient point péricliter leurs finances, de ce fait. Nous en connaissons plusieurs qui, dans des conditions les plus désavantageuses, avec porte ouverte à tout venant, admettant même plus de chroniques que de membres bien portants, dans des industries plus ou moins favorables à l'éclosion des maladies, ont fait honneur à leurs affaires, tandis que d'autres, avec la même cotisation et dans de sévères conditions d'entrée, n'obtenaient point les mêmes résultats.

D'ailleurs, la méthode archaïque et routinière actuelle du fonctionnement médical des Sociétés de S. M. n'est point économique. Le traitement médical des tuberculeux, par exemple, est très coûteux, aussi coûteux qu'inutile même, et les journées de maladie très nombreuses. Il est absolument nécessaire et indispensable d'adopter une méthode de liberté, basée sur le choix du médecin, une méthode économique, humanitaire et scientifique.

Il faut que le dépistage des tuberculeux soit organisé à l'atelier par les camarades et par le médecin ; il faut qu'il soit organisé par le médecin dans les Sociétés de S. M. et que dès l'apparition de symptômes prémonitoires, les prédisposés à la tuberculose fassent une cure de repos absolue, au lieu d'une cure médicamenteuse ruineuse pour la Société et la santé du sociétaire.

Nous ne pouvons faire mieux que de rappeler les idées que nous avons entendu développer par M. Léon Bourgeois au sujet du rôle de la Mutualité dans la lutte antituberculeuse.

L'initiative collective, dit-il, par les mutualités *maternelles, scolaires, militaires,* ou *adultes* doit entrer en jeu.

Pourquoi ? parce que c'est leur *intérêt* et leur *devoir*.

Il y a un *tiers* des secours qui vont aux tuberculeux dans les Sociétés, ces malades chargent les Sociétés de toutes façons. C'est le devoir des Sociétés de leur venir en aide parce que c'est le secours de maladie le plus essentiel des secours : c'est le but. Il faut donc combattre la maladie essentielle, la maladie principale, et les Sociétés, c'est M. Bourgeois qui le dit et nous sommes de son avis, ne font pas *leur devoir*, parce qu'on retarde le moment d'*arrêt du travail.*

Il ne faut donc pas soigner par les moyens actuels, chers, coûteux, insuffisants et aboutissant à la mort.

Il faut faire de la mutualité préventive, donner des secours, non aux malades qui n'en ont plus besoin, mais à ceux qui sont dépistés. Il faut voir plutôt la maladie que les retraites, user des sanatoriums plutôt que des médecins.

Le camarade dépistera à temps, mènera chez le médecin qui *surveillera* ; la Société doit être une école de *dépistage*.

La révélation devient pénible peut-être, mais le mutualiste conseillera le malade, obtiendra qu'il aille chez le médecin et celui-ci l'isolera, l'instruira, fera l'éducation des siens ; cela se passera dans un milieu cordial, familier ; ce sera l'*action morale* de la Société.

La mutualité pourra former des contrats avec des établissements sans en créer elle-même, sans s'exposer aux aléas de la fondation. On pourra à ce sujet, recourir à une cotisation de groupes, par *unions, fédérations*, etc.

Avec une légère augmentation ou supplément de cotisation, dont le chiffre ne peut être donné, mais sera minime, on pourra se *réassurer* pour profiter des créations en train de la lutte antituberculeuse, celles de la Fédération nationale, de l'Alliance d'hygiène sociale, etc.

M. Bourgeois voudrait aussi un emploi des fonds d'épargne pour augmenter ces créations comme on l'a fait en Italie.

Faire comme ailleurs au lieu d'acheter des rentes éternelles.

Certes, on peut clore le chapitre après avoir entendu M. Léon Bourgeois, et se mettre immédiatement à l'œuvre.

Et il n'est pas nécessaire d'être médecin pour comprendre combien le système actuel du service médical à l'abonnement avec médecin *imposé*, est incompatible avec les idées sociales et scientifiques modernes.

15 mars 1906.

Dr Courgey.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Service médical du gaz et des transports.

Projet présenté par la Commission des accidents du travail et de la mutualité.

2 avril 1901.

Le monopole des Cies du gaz et des transports à Paris arrive à expiration. Le conseil municipal, et les syndicats des employés de ces deux compagnies étudient en ce moment la nouvelle organisation de ces services publics.

La question des soins médicaux à donner aux employés malades ou blessés a attiré l'attention aussi bien du Conseil municipal que des syndicats des employés. L'importance de cette réorganisation d'un service médical n'a pas échappé au syndicat des médecins de la Seine.

Une commission a été nommée qui, après une étude sérieuse, va soumettre à l'approbation du Conseil d'administration du syndicat le projet suivant, que nous présentons à nos lecteurs, car il pourrait être appliqué à toutes les sociétés de secours mutuels.

Après l'avoir lu, on verra que ce système repose sur les quatre principes suivants :

1° Libre choix du médecin par le malade.

2° Paiement garanti aux médecins par la caisse de la Société.

3° Indemnité pour frais de maladie proportionnelle aux frais qu'aura occasionnés la maladie.

4° Contrôle du malade par des médecins désignés par la Caisse de la société.

Le principe de l'indemnité variable suivant la maladie n'est pas une innovation, ni une expérience ; il a toujours été considéré par toutes les sociétés comme essentiellement juste, et intangible. Elles le pratiquent toujours, car lorsque deux sociétaires sont malades pendant 15 jours, l'un d'une bronchite qui a nécessité cinq visites de médecin et 10 fr. de médicaments, elles payent ces cinq visites, et les 10 fr. de médicaments ; pour l'autre qui a reçu 12 visites et 30 fr. de médicaments, elles payent également les 12 visites et les 30 fr.

Donc la Cie a bien payé pour chacun de ces deux malades deux sommes différentes variables suivant la durée de la maladie.

Voici le système proposé par la commission du Syndicat des médecins de la Seine, en harmonie avec ces principes.

Bien que les travaux de la commission puissent servir de base à l'organisation de tout service médical d'industrie ou de mutualité, le projet présenté ici concerne spécialement le service médical des futures concessions du gaz et des transports à Paris. Les cahiers des charges de ces concessions seront incessamment discutés devant le conseil municipal de Paris, et il paraît aussi urgent que nécessaire que le syndicat des médecins de la Seine, d'accord avec les syndicats ouvriers du gaz et des transports, puisse apporter aux délibérations du Conseil une base de discussion répondant à nos revendications, à celles des travailleurs et aux nécessités de l'organisation d'un service public.

La commission se trouvait en présence de plusieurs projets. L'un d'eux, le projet Séailles, proposait la non-intervention, la suppression de tout service médical, et la liberté absolue des rapports entre les malades et leurs médecins. Ce projet était la négation même de l'objet des travaux de la commission : il ne faisait d'ailleurs que consacrer le droit commun, lequel subsistera toujours et pourra toujours être seul accepté par les médecins ou les malades hostiles à toute réglementation.

Notre projet, tout en respectant les grands principes syndicaux, donne aux médecins l'avantage d'une garantie de la caisse de secours. Pour l'établir, nous avons fondu en une seule rédaction les textes qui nous étaient proposés (projets Divernéresse, Vimont, Gourichon, Lamouroux, Dally). Il est bien évident, d'ailleurs, que ce système, envisagé ici dans ses grandes lignes, reste susceptible dans le détail de toute modification utile.

Voici les bases sur lesquelles repose le projet de la Commission :

1° Libre choix du médecin ;

2° Paiement à la visite, au tarif ouvrier, par la Caisse de secours, responsable jusqu'à concurrence des fonds versés au compte du malade pour l'indemnité maladie.

3° Attribution au malade d'une indemnité de maladie, distincte du salaire ou indemnité alimentaire, et variable selon l'importance de la maladie.

Et voici, dans les données les plus larges, comment nous pensons que pourrait fonctionner, sur ces bases générales, le service médical.

Les malades seraient classés, non point d'après le diagnostic ou la maladie, mais d'après l'importance présumée des soins médicaux et pharmaceutiques nécessaires, en quatre catégories A, B, C, D, donnant droit au malade respectivement à une indemnité de maladie variable, par exemple à 5, 4, 2 et 1 francs par jour (1). Le malade toucherait en outre, bien entendu, son salaire considéré comme une indemnité alimentaire.

Ces sommes ne seraient pas remises aux malades (sauf l'indemnité alimentaire, comme de raison), mais conservées par la Caisse pour servir, soit à la fin de la maladie, soit chaque quinzaine, au règlement des frais médicaux et pharmaceutiques.

Dès le début de la maladie, dans les trois jours, un médecin contrôleur désigné par le conseil d'administration de la Caisse aura l'obligation de visiter le malade, et de s'entendre avec le médecin traitant pour classer le malade dans une des catégories indiquées ci-dessus. Il visitera le malade au cours du traitement, et toujours d'accord avec le médecin traitant, fera passer s'il y a lieu la maladie dans une autre catégorie ou en fixera la terminaison.

En cas de désaccord, le président du Syndicat des médecins de la Seine sera appelé comme arbitre.

Il y aurait pour Paris et la banlieue des circonscriptions que visiteraient deux médecins contrôleurs par circonscription. Ils habiteront obligatoirement la circonscription, et les malades choisiront entre les deux médecins de leurs circonscription. Ils s'interdiront toute clientèle dans les familles des malades qu'ils auront à contrôler.

Pour faciliter ces diverses opérations, chaque employé de la Cie sera muni d'un carnet analogue à celui dont se sert l'Assistance publique pour le traitement de ses employés, et sur lequel le médecin inscrirait ses visites, et le pharmacien le montant de chaque fourniture.

Ce carnet pourrait contenir des bons d'honoraires sur la présentation desquels la Caisse réglerait les sommes dues au médecin.

A la fin de la maladie, le compte du malade s'élèvera à une certaine somme, représentant

(1) Les chiffres de 5, 4, 2, 1 fr. que nous avons indiqués pour être attribués aux diverses classes de malades ne sont pas des chiffres quelconques. En les additionnant on arrive au total de 12 francs pour l'ensemble des catégories d'indemnités ; en partageant ces 12 francs également entre les catégories, on arriverait au chiffre moyen de 3 francs par catégorie. Ce qui donnerait une catégorie moyenne de 3 fr. Or, aux pages 173 et 185 de son étude « La Mutualité », M. Lépine, un mutualiste d'autorité, établit que la moyenne des frais de maladies par journée est de 2 fr. 50, mais il reconnait que ce chiffre est insuffisant et que la moyenne des cotisations dans les sociétés, qui n'est que de 13 fr. 75, devrait être relevée.

On voit que notre indemnité moyenne de 3 fr. se rapproche sensiblement du chiffre de la moyenne des frais que la maladie cause aux Caisses mutualistes. Et nous sommes convaincus que la mise en pratique de notre système diminuerait notablement les frais médico-pharmaceutiques.

l'accumulation des journées d'indemnité maladie. La moitié de cette somme servira à régler les frais pharmaceutiques ;l'autre moitié à régler les honoraires médicaux. Les comptes du médecin et du pharmacien seront arrêtés en se servant des indications portées sur les carnets. Si le débit de ces comptes est inférieur à l'actif disponible, le surplus sera versé comme boni au malade ; s'il est supérieur, la différence reste à la charge du malade, sur qui le médecin la recouvrera à sa convenance.

Il en sera de même pour le règlement des frais pharmaceutiques.

En résumé, la caisse de secours est débitrice envers l'ouvrier malade d'une certaine somme, variable selon l'importance de la maladie, et qui lui appartient à la fin de la maladie, après paiement des frais médicaux : le malade lui-même est donc intéressé à limiter les dépenses de traitement. D'autre part, le contrôle du médecin de la Caisse suffira à éviter l'excès contraire, l'insuffisance voulue des soins médicaux.

Il y a d'ailleurs beaucoup de points de détail que nous avons négligés à dessein. Ils viendront en leur temps. Mais ce qu'il faut aujourd'hui, c'est que le Conseil se fasse une doctrine, adopte un système qui puisse être pour les discussions futures un terrain facile et solide ; et c'est pourquoi la commission vous demande de donner votre approbation au projet qui vient de vous être exposé.

Conseils aux médecins pour la rédaction d'un bail des locations d'appartement.

Le médecin qui doit signer un bail ne doit pas *perdre de vue les points suivants :*

Il doit stipuler dans son bail la résiliation du dit au cas de son décès à la demande de sa famille. Car, ainsi, il affranchit les siens des charges d'un bail devenu sans effet par sa mort.

S'il ne spécifiait pas *à la demande de la famille*, le propriétaire pourrait purement et simplement résilier par le fait du décès et relouer à un autre médecin à des conditions plus avantageuses. « A la demande de la famille » permet à celle-ci de chercher un successeur au défunt et faire ainsi la cession de clientèle.

Un médecin qui signe un bail doit également se réserver le droit de sous-louer son appartement à un autre médecin. Il doit interdire dans son bail au propriétaire le droit de louer dans le même immeuble un appartement à un autre médecin. Il peut même étendre cette interdiction, si le propriétaire l'accepte, à d'autres professions comme celles de dentiste, sage-femme, etc. Dans ce cas il doit énumérer les professions dont il veut éviter la présence dans l'immeuble et ne pas se contenter d'une formule vague, comme celles par exemple de « professions similaires », source de chicanes possibles. Si le médecin n'insère pas cette interdiction dans le bail, le propriétaire, d'après la coutume de Paris, peut louer à un autre médecin. Car s'il ne peut louer dans son immeuble à un commerçant exerçant la même profession « c'est qu'en ce cas la clientèle appartient surtout au pas de porte, à la situation du commerce dans l'immeuble (une boulangerie par exemple) et non au commerçant lui-même. Le médecin, au contraire, a une clientèle personnelle, qu'il s'est acquise par la confiance personnelle qu'il a su inspirer et qui lui reste, quel que soit l'immeuble qu'il occupe.

Si le médecin désire apposer des plaques indicatrices à la porte d'entrée de l'immeuble, il doit le faire spécifier dans le bail et même indiquer la dimension de ces plaques. Sinon, à moins de clauses spéciales, le propriétaire restant maître de sa façade peut interdire à ses locataires de s'en servir pour leur usage.

Le médecin qui loue un appartement doit bien spécifier que tous les clients venant chez lui, alors qu'ils seraient porteurs de paquets, auront la faculté de se servir du grand escalier. La même clause doit s'appliquer à l'usage des ascenseurs. Car il peut arriver et il arrive que des concierges voulaient faire monter par l'escalier de service où interdire l'ascenseur à des employés d'une mise modeste et porteurs de paquets qui venaient prendre une consultation en faisant leurs courses.

Il faut également bien spécifier la question d'éclairage. Il est généralement dit que le gaz ou tout autre mode d'éclairage sera allumé au coucher du soleil. Cette clause est des plus vagues. Il faut ajouter : « au coucher du soleil en se basant sur l'heure indiquée au coucher du soleil dans les calendriers de l'année ».

Si le propriétaire doit remettre l'appartement en état et si le locataire demande certains travaux, pour éviter toute contestation, le médecin doit faire mettre le détail de ces travaux dans le bail ou bien prier le propriétaire de les confirmer par lettre.

Enfin, en terminant, nous rappelons qu'il convient de faire un état de lieux ; sinon le locataire est considéré comme ayant pris l'appartement en parfait état et se trouve responsable de toutes les dégradations faites par les précédents locataires. S'il veut éviter les frais d'un état de lieux fait par un architecte, il doit au moins signaler au propriétaire toutes les dégradations constatées dans l'appartement lors de la prise de possession par lettre recommandée passée au copie-lettres que tout médecin doit avoir à sa disposition.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Payement intégral d'une note d'honoraires.

TRIBUNAL DE VALENCE (1re Chambre)

Présidence de M. Cabasse.

Audience du 19 février 1906.

Attendu que le sieur V..., industriel à C..., a fait assigner le docteur X..., de Valence, pour voir valider l'offre qu'il lui a faite de la somme de seize cents francs pour soins donnés à sa femme au cours des mois de novembre et décembre 1904 ;

Attendu que, pour justifier cette offre, le demandeur ne conteste ni le nombre et la durée des visites faites, ni les soins donnés, mais se refuse à acquitter la note de trois mille deux cents francs qui lui est réclamée par le docteur X.., en alléguant que ce dernier n'a été appelé à donner ses soins à la dame V... qu'en qualité de médecin auxiliaire, et qu'il ne peut prétendre aux mêmes honoraires que les médecins traitants ;

Attendu, qu'au cours de la maladie de sa femme, le sieur V... a fait successivement appel au concours des docteurs F... (de Valence), C... (de Montélimar) des professeurs V... et P... (de Lyon) et au

docteur X... (de Valence) ; que s'il apparaît que le professeur V... a pris la direction du traitement, il n'est pas possible d'assigner un rôle spécial aux docteurs F..., G... et X..., qui sont pour ainsi dire restés sans interruption auprès de la malade pendant la période critique de sa maladie ;

Attendu, en fait, que du 7 novembre au 22 décembre 1904, le docteur X... a fait vingt-six voyages à G..., situé à quarante kilomètres de sa résidence, qu'il a passé au chevet de la malade quatorze journées entières de quinze heures, deux nuits complètes et douze demi-journées, que de plus il a fait de multiples pansements et pratiqué une intervention chirurgicale ;

Attendu que la note d'honoraires du docteur X... établie conformément, et d'une façon même inférieure, au tarif du Syndicat des Médecins de Valence et de la région, n'a rien d'exagéré eu égard à la durée et à la nature des soins donnés ;

Qu'au surplus, le sieur V... à qui incombe la charge de la preuve, ne justifie pas que le docteur X... ait accepté le rôle de médecin auxiliaire qu'il lui prête, que tous les éléments de la cause établissent, au contraire, que son concours a été tout aussi précieux que celui de ses confrères les docteurs F... et G... ; qu'il a eu les mêmes initiatives et qu'il encourait les mêmes responsabilités ;

Attendu, dans ces conditions, que les offres faites par le sieur V... ne sont ni suffisantes ni libératoires, et que la demande reconventionnelle du docteur X.... est fondée ;

Par ces motifs ;

Le Tribunal, sans s'arrêter ni avoir égard à tous autres fins, moyens et conclusions de V... en lesquels il est déclaré irrecevable et en tous cas mal fondé,

Ouï les avoués et avocats des parties en leurs conclusions et plaidoiries, ainsi que M. Mariau, substitut de M. le procureur de la République ;

Statuant en matière ordinaire et en premier ressort, après en avoir délibéré conformément à la loi ;

Déclare nulles, comme insuffisantes, les offres faites par le sieur V... au docteur X..., par procès-verbal de l'huissier. (Valence en date du 16 octobre 1905.)

Reconventionnellement, condamne V... à payer au docteur X... la somme de trois mille deux cents francs pour honoraires et soins donnés à la dame V...

Le condamne aux dépens.

De la preuve à faire par le médecin qui réclame ses honoraires ;

Par M. Ph. Sudre, avocat à la Cour d'Appel de Paris.

(*Le Droit médical.*)

L'arrêt de la Cour de Paris du 15 mars 1905, rendu sur la question de la preuve à faire par le médecin en matière de réclamation d'honoraires, a cet intérêt et cette importance de marquer, dans l'évolution jurisprudentielle, que l'équité a provoquée en marge de la loi, sinon un terme définitif (s'arrête-t-on jamais sur les chemins mouvants de la vie ?) du moins une station d'attente à laquelle il n'est pas impossible qu'on se tienne longtemps. Il va certainement « faire le droit » de quelques années. A ce titre et aussi parce qu'il manifeste l'aboutissement d'un système longtemps cherché et ingénieusement utile, il mérite un bref commentaire.

On sait la difficulté à laquelle il a pour objet de remédier. Les médecins, si l'on s'en tenait au texte strict de la loi, pourraient demeurer définitivement dupes et victimes des malades, qui, après avoir réclamé leurs soins se refuseraient à les payer. Au point de vue de la preuve qu'ils ont à faire, aucune règle exceptionnelle n'est en effet prévue par le Code en leur faveur. Ils ne sont pas commerçants : leur grandeur les attache au rivage. Ils se trouvent dès lors obligés de se soumettre au droit commun de la preuve civile ; et si leur créance dépasse le chiffre de 150 francs, ils doivent en fournir tout d'abord un commencement de preuve par écrit. L'exigence de la loi n'est pas grande : une lettre missive du malade suffirait. Mais on peut supposer et il se produit fréquemment des circonstances où cet *ad miniculum probationis* fait lui-même complètement défaut. Ce n'est pas assez dire. L'absence d'un écrit est plutôt la règle. L'usage, les convenances, sur la portée profonde desquelles nous aurons à nous expliquer, interdisent au médecin de réclamer cette preuve écrite dont la loi exige qu'il soit muni. Il y a une sorte de conflit entre des habitudes universelles et obligatoires et les textes qui, en mettant la preuve à la charge du demandeur, vont jusqu'à lui imposer sa forme.

C'est, ou du moins cela paraît-être, une impasse. Il ne resterait au médecin qu'à provoquer le serment décisoire du malade ou son interrogatoire sur faits et articles. Mais après la preuve que celui-ci vient de donner, en l'espèce, de sa mauvaise foi, comment espérer qu'il reviendra, même devant la justice, à plus de sincérité ? La créance du médecin paraît donc perdue faute d'une preuve possible, puisque des témoignages même concordants ne suffiraient pas à suppléer à l'absence de commencement de preuve par écrit.

Tel est le problème posé par l'oubli du législateur à l'effort de la jurisprudence, problème dont l'équité indique la solution, mais sans en fournir les moyens juridiques : c'est à l'étude succincte des diverses argumentations proposées que nous consacrerons ce bref commentaire

En somme, le seul élément de preuve que le médecin possède, dans l'hypothèse où la partie adverse ne lui en a pas fourni, c'est, pour corroborer son affirmation, ses propres livres. L'ordre et l'usage veulent également qu'il en tienne. Mais aucun texte ne lui impose cette obligation : c'est ce qui fait la faiblesse initiale de ce genre de preuves. Les livres des médecins n'existent pas aux yeux de la loi, puisqu'elle ne les a pas ordonnés, et ne présentent aucune garantie d'authenticité, puisqu'elle ne sanctionne d'aucune façon leurs irrégularités. Il s'agit cependant de leur attribuer une force probante.

Par quel raisonnement ?

On a tenté tout d'abord d'assimiler les livres des médecins aux registres et papiers domestiques (Journ. des arrêts de la Cour de Bordeaux, 1887, p 23). Et on les a rangés sous le bénéfice d'un arrêt de la Cour de Cassation, rendu sur le rapport de M. le Conseiller Lepelletier (20 mars 1870, S. 1877, 1.338) aux termes duquel les registres et papiers domestiques font titre en faveur de celui qui les a écrits (contrairement à la disposition de l'art 1331 C.Civ., lorsque l'autre partie est convenue de s'en rapporter à ces registres. *Ainsi les livres du médecin trancheraient le débat, à la seule condition que le médecin fit la preuve que son client a expressément ou tacitement convenu avec lui de s'en rapporter à eux.*

On voit immédiatement le vice de cette assimilation. Ses inconvénients ou plutôt son absence d'avantages apparaissent plus évidemment encore. Elle ne sert qu'à reculer la difficulté, et ne la supprime pas. La nécessité d'une preuve subsistera toujours et, que ce soit d'une preuve de convention ou de la preuve des visites, on ne voit pas en quoi elle pèsera moins lourdement sur le demandeur. Il est vrai qu'il ne sera peut-être pas nécessaire de recourir à un écrit. Mais quelques facilités, en fait, qu'on veuille donner au médecin, il sera très malaisé d'admettre avec certains jugements que « le fait par le client de ne pas payer comptant fait présumer qu'il s'en rapporte aux livres de son médecin » : une telle induction, bien qu'admise par un jugement, est absolument fantaisiste. La jurisprudence ne parviendra pas à trouver dans ce système une base

solide. A peine satisfera-t-elle à la demande de quelques espèces.

Une autre assimilation pourrait séduire. Mais elle n'aboutirait qu'à nous heurter à un obstacle du même genre que celle précédemment indiquée. C'est celle des livres des médecins avec « les registres des marchands » bénéficiant de l'autorité implicitement reconnue par l'art. 1329 C.civ. et explicitement par l'art. 12 C. com. Mais nous ne sommes pas entre marchands, et pour besoins du commerce. La force probante des livres du médecin disparaîtra dès lors malgré cette assimilation forcée et du reste un peu désobligeante pour le corps médical.

Le livre du médecin constituerait-il au moins une présomption ? Et cette présomption suffirait-elle à faire la preuve ? C'est dans ce sens que le tribunal de Libourne a décidé (13 janvier 1887, S. 89. 2. 46). « Attendu que sans doute les livres des médecins ne sauraient au même titre que ceux des commerçants faire foi en justice, mais que les tribunaux peuvent y puiser des présomptions suffisantes pour fixer leur conviction... » C'est également sur une simple présomption résultant de déclarations contradictoires du défendeur que s'appuie le trib. d'Annecy 23 juillet 1887, S. cod. loc.), mais la base est juridiquement trop fragile, car on se souvient que l'art. 1353 du Code civil n'admet ce genre de preuves « que dans le cas seulement où la loi admet les preuves testimoniales ». Or ici, nous avons supposé un intérêt supérieur à 150 francs, au-dessus duquel ne se poserait pas le problème. Toutes ces présomptions et *à fortiori* une seule doivent être écartées.

Comment justifier ici l'admission des présomptions? On a donné d'abord de simples raisons de bon sens qui ne sont pas toujours, comme on sait, des raisons juridiques. « Attendu, dit le tribunal de Bruxelles dans son jugement du 31 décembre 1889, qu'à raison de l'impossibilité où se trouvent les médecins de demander à leurs clients une reconnaissance écrite de leurs soins, les présomptions graves, précises et concordantes doivent être admises... » Il ne manque qu'une pierre à cet édifice juridique ; c'est le texte légal sur lequel il se fonde. Une simple appréciation des faits, pourrait, si l'on prenait à la lettre le texte du jugement de Bruxelles, légitimer une dérogation à la règle des preuves. Il n'en va pas ainsi. Il faut un article de loi.

Il semble que c'est à la Cour de Paris, dans l'arrêt cité au début de l'article, que revient l'honneur d'avoir complété et solidifié le système jurisprudentiel. Il suffisait d'invoquer l'art. 1348, aux termes duquel les règles des art. 1341 et 1347, qui exigent soit un acte écrit de la convention alléguée, soit un commencement de preuve par écrit quand il s'agit d'un intérêt supérieur à 150 fr. recoivent exception « toutes les fois qu'il n'a pas été possible au créancier de se procurer une preuve littérale de l'obligation qui a été contractée envers lui ». Et le médecin, par les convenances, par les devoirs mêmes de sa profession, est toujours placé dans le cadre de cette exception. De ce qu'il serait contraire à des habitudes universellement reçues d'exiger une constatation écrite par le malade de ses visites ou de ses soins, de ce qu'il manquerait évidemment aux convenances en la réclamant, de ce que surtout la condition qu'il mettrait à ses visites de ne les donner que sur une signature, signature qu'il ne serait même pas toujours matériellement possible d'obtenir, résulte une triple impossibilité morale qui équivaut presque à une impossibilité matérielle.

Or l'art.1348 ne fait aucune différence entre ces deux hypothèses et paraît applicable dans les deux cas. « Considérant que l'art. 1348 ne fait aucune distinction entre l'impossibilité physique et l'impossibilité morale ou relative, et que, par cette dernière, il faut entendre, en droit, une grande difficulté locale et momentanée et un embarras sérieux de se procurer un écrit... » (Rennes, 26 février 1878, S. 80. 2. 91). La Cour de Paris, autorisée par ce précédent, n'a fait qu'appliquer l'art. 1348 ainsi interprété, au cas du médecin. « Considérant que les règles des art. 1341 et 1347 C. civ. reçoivent exception aux termes de l'art. 1348 lorsqu'il n'a pas été possible au créancier de se procurer une preuve littérale ; que cette impossibilité s'entend d'une impossibilité morale et relative, aussi bien que de l'impossibilité matérielle et absolue ; qu'un usage fondé sur la nécessité et sur l'intérêt des malades, en même temps que sur le respect et la dignité du médecin ou du chirurgien, s'oppose à ce que ceux-ci exigent de leurs clients ou des personnes qui requièrent l'assistance de leur art, l'engagement écrit de payer des honoraires... »

Est-ce bien jugé ? Et surtout est-ce jugé d'une façon définitive ? Il est permis de le croire. L'utilité pratique d'une telle jurisprudence est incontestable. Elle met fin au conflit entre l'équité et la loi. Quant à son fondement juridique, il est solide à la condition d'étendre quelque peu l'article 1348 dans son interprétation. Laurent, toujours rigoriste, s'y refusait. On lui a répondu en mettant sous ses yeux l'art. 1348 lui-même qui établit une exception à sa propre règle dans son deuxième alinéa. Il est vrai que cette exception est prévue par la loi et doit être interprétée strictement. C'est ainsi qu'on rentre dans l'éternel cercle des controverses juridiques. Le mieux, pour en sortir, est de s'adresser au bon sens et à l'équité pure et simple, qui trouvent également leur satisfaction dans l'arrêt de la Cour de Paris.

CHRONIQUE DU PATRONAGE MEDICAL

Le collège maritime des Corbières

Bis repetita placent

Lorsque le « Patronage médical » créa l'établissement des « Corbières maritimes » à Saint-Servan, les organisateurs s'imaginaient que chaque médecin est toujours aux aguets pour saisir, dans notre journal, les indications de thérapeutique qui ont fait leurs preuves ; qu'il se hâte de les utiliser dès que nous nous portons garants de leur valeur démontrée par l'expérience ; qu'il est heureux et empressé d'en faire profiter les malades et les familles confiées à ses soins et à sa vigilance.

C'est bien ce qui se passe, en effet, pour les médications qui se tirent de la pharmacie : la correspondance en fournit une preuve indiscutable.

Mais il n'en fut vraiment pas de même le jour où nous avons mis à la disposition des hygiénistes et médecins, nos confrères, qui disaient en avoir grande envie, le moyen de faire instruire et relever au milieu des bénéfices de la cure maritime, les enfants débiles, inquiétants, suspects, pour lesquels ils redoutent la vie du collège banal.

Sans doute, ceux qui envoyèrent leurs familles aux Corbières pendant la saison des vacances et de la villégiature se rendirent bien compte des agréments et avantages de ce séjour : on n'en peut pas revenir hésitant et sceptique ; on est toujours et fatalement convaincu ; la loi s'impose. Mais pourquoi leur enthousiasme ne nous suit-il plus autant quand, par le séjour permanent à l'externat maritime, nous offrons le moyen de transformer définitivement ces organismes débiles qui ne demandaient que la continuation du séjour si bien employé déjà ?

Oui, Pourquoi ?

C'est un mystère : nous avouons n'y rien comprendre. Les maîtres et spécialistes de l'hygiène

scolaire ne cessaient de réclamer la création de *collèges climatiques maritimes* : dans les journaux, les congrès, les sociétés savantes, on en parlait sans cesse, on en traçait le plan idéal, on en présentait même des projets qui paraissaient de réalisation sinon prochaine du moins bien résolue. Ah ! leur clientèle serait vite faite à ces établissements : le Tout-Paris de la Faculté et des classes riches aurait même beaucoup de peine à attendre jusque-là, et, surtout après le Congrès international de la tuberculose, on en verrait sortir de terre sur toutes nos côtes, dont les grands noms de la Ligue voudraient être les patrons et parrains.

Grands dieux ! qu'il faut en rabattre le jour où l'on met les beaux parleurs au pied du mur ?

Savez-vous, chers confrères, d'où paraît devoir venir la clientèle de notre collège maritime? D'Angleterre surtout. Médecins et hygiénistes français, au contraire, semblent bien peu renseignés, dans l'ensemble, sur les miracles qu'opère la cure maritime.

Michelet est mort depuis longtemps, et ce profane que tout le monde a lu, avait dit, à ce sujet, dans son beau livre, *La Mer*, tout ce que l'on découvre aujourd'hui. Il disait plasma, lymphe vitale, etc... là où nous disons sérum marin, mais il vulgarisait déjà toutes les constatations merveilleuses que l'on commence à faire sur l'emploi thérapeutique de l'eau de mer.

En savait-il donc plus que les médecins ?

Maintenant que celle-ci a reçu la consécration du laboratoire, de la sérothérapie et de la mode, peut-être se décidera-t-on, au nom du bon sens, à en user avec elle comme avec les eaux minérales. On conclurait alors assez naturellement et sans être dans l'erreur que si l'eau de mer, mise en ampoules, seringues ou bouteilles, et transportée, rend de très appréciables services, la cure sur place est bien autrement active et donne des résultats autrement durables quand on la prolonge pendant une ou plusieurs années scolaires.

Ainsi raisonnèrent l'Université et son ancien chef, M. Bienvenu-Martin, quand ils applaudirent à notre initiative et nous accordèrent, eux profanes, sans une minute d'hésitation, l'approbation élogieuse que nous avons publiée. Ainsi raisonnent également les familles d'Outre-Manche.

Mais en France, les médecins, même quand ils sont membres du Concours et du Patronage, considèrent, sans doute, comme les ligueurs et les congressistes, que, si on usait de notre *collège climatique des Corbières*, on ne pourrait plus dire, dans les futures parlottes, qu'il n'en existe pas et qu'il faut en créer. Et dans ces conditions il est beaucoup mieux d'ignorer ou d'avoir oublié.

Doux pays et douce profession médicale ! Comme on s'y remue, et quel accueil chaleureux y est fait aux initiatives des gens d'action et de progrès !

Voyons, peut-on espérer qu'à la rentrée de Pâques, aux beaux jours où les plus fragiles affrontent le séjour marin sans apprentissage, les médecins vont enfin mettre en pratique leurs ronflantes théories et garnir les cinquante places qui restent à prendre aux Corbières ?

Si oui, ils n'auront fait que leur devoir : sinon, que répondre à l'Université, si elle nous traite de gais farceurs dans les Congrès d'hygiène scolaire où nous coudoyons ses plus distingués représentants ?

Dr H. JEANNE.

CORRESPONDANCE

L'A. M. G. dans le Tarn.

Damiatte Saint-Paul, le 3 mars 1906,

Monsieur le docteur G. Dupont,
Secrétaire de la Direction du Concours,
Paris.

Très honoré Confrère,

J'ai le plaisir de vous adresser sous ce pli, mandat-poste de cinq francs pour services rendus par le « Concours » en la personne de notre honoré confrère M. le docteur Jeanne, rédacteur en chef.

J'ai été désigné par le *Syndicat médical* du Tarn, pour produire fin juin 1906, un rapport tendant à établir les bases sur lesquelles devra fonctionner le service d'assistance publique dans le Tarn. Ce rapport ou tout au moins ses conclusions, acceptées par l'Association générale des médecins du Tarn, seront transmises au Conseil général de notre département qui devra en tenir compte sous peine de voir le corps médical Tarnais recommencer la grève qui vient de se terminer sur mes propositions.

Pour tout dire : avant 1905, les médecins du Tarn, en ce qui concerne l'Assistance, étaient rétribués à la visite ; sous prétextes d'abus, et malgré les réclamations formelles de l'Association et du Syndicat, le Conseil général, poussé par le préfet, décida d'assurer le service par des médecins fonctionnaires cantonaux payés à l'abonnement par tête d'indigent inscrit.

Ce mode de rémunération, enfant chéri de l'administration, n'eut pas, à juste titre, le don de plaire aux membres du corps médical, puisqu'il se trouva à peine une dizaine de brebis galeuses pour consentir à endosser le bât préfectoral.

En août 1905, devant les abus criants et le défaut de soins aux indigents, l'administration proposa à une commission syndicale désignée à cet effet :

1° La liberté à tous les indigents de choisir leur médecin, pour un an, parmi ceux qui voudraient assurer le service.

2° Le paiement à l'abonnement par tête d'habitant *la commune sans limitation du nombre d'inscrits.*

Malgré mes protestations énergiques, et sous prétexte d'économies administratives, la commission, dont je faisais partie, accepta ces bases.

Inutile de dire que tel ne fut pas l'avis de la grosse majorité des praticiens ; ils ne consentirent à cesser la grève que sur mes supplications ; je les ai engagés à essayer cette nouvelle réglementation au moins pendant un an, puisque, d'accord avec l'administration préfectorale, la majorité de la Commission avait accepté ce principe.

Vous devinez par où pèche cette manière de rémunération : on trouve des communes qui ont 150 inscrits et qui ne disposent que de la somme de 80 francs.

Fidèle à vos principes, je suis décidé à repousser le principe de l'abonnement pour n'accepter exclusivement que le paiement à la visite ; mais vous m'obligeriez personnellement, aussi bien que vous obligeriez tous les confrères, si vous voulez bien me donner l'avis de votre journal :

1° Sur le mode de rémunération acceptable ;

2° En me disant si le Concours a étudié cette question d'assistance autre part que dans les nos du 7 mars 1904 et 11 mars 1905.

Soyez, en outre, assez bon de m'adresser le n° du *Concours* du 11 mars 1905 que j'ai égaré.

Merci à l'avance de toute votre bienveillance,

elle me permettra de faire connaître votre journal à tous les membres du Syndicat et de l'Association, et agréez l'assurance de ma vive reconnaissance.

Dr Thadée.

N. D. L. R. — Nous ne pouvons qu'approuver votre résolution de repousser le principe de l'abonnement, et de n'accepter que le payement à la visite. C'est le seul mode de rémunération qui puisse sauvegarder à la fois les intérêts du médecin et ceux du malade.

Nous vous adressons un numéro du *Bulletin du Syndicat* de la Seine ; vous y lirez avec avantage quelques notes relatives aux questions que vous venez de nous exposer.

BIBLIOGRAPHIE

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. Crinon, pharmacien de 1re classe, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris, directeur du « Répertoire de Pharmacie » et des « Annales de Chimie analytique », 13e édition (1906). Chez M. Rueff, éditeur, 6 et 8, rue du Louvre, Paris. Prix : 4 francs.

Dans la treizième édition qu'il publie aujourd'hui, M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler : parmi ces médicaments, les plus importants sont : l'*Acide formique*, le *Formiate de soude*, le *Formiate de quinine*, l'*Alypine*, le *Calomélol*, l'*Iodure de codéine*, le *Neuronal*, le *Perborate de soude*, l'*Urocitral* et le *Yaourt*.

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a consacré peu de place aux substances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général, proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

Le plan de l'ouvrage est resté le même : on y trouve indiqués sommairement et successivement, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, l'action physiologique, l'action thérapeutique, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à son administration, et enfin, les doses auxquelles elle peut être prescrite.

Les premières éditions de la *Revue des médicaments nouveaux* de M. Crinon ont reçu, des médecins et des pharmaciens, un accueil qui permet d'augurer le même succès pour celle qui vient de paraître.

REPORTAGE MÉDICAL

Voyages d'études médicales. — *Stations hydrominérales et climatiques de France.* — V. E. M. 1906. Le 8e voyage d'études médicales aura lieu sous la Direction scientifique du Professeur Landouzy, du 1er au 12 septembre 1906.

Il comprendra les stations de Savoie et du Dauphiné : Hauteville (Sanatorium), Evian, Thonon, Saint-Gervais, Chamonix, Annecy, Aix, Marlioz, Le Revard, Challes, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Allevard, Bouquéron, La Motte, Uriage.

Le programme détaillé sera publié en mai 1906.

Douze bourses de voyage sont données au V. E. M. de 1906 par : le Professeur Henrot — les Administrations des Eaux minérales de : Châtel-Guyon, Evaux-les-Bains, Evian (4 bourses), Pougues, Royat, Vichy — le Conseil municipal des Eaux-Bonnes — la Compagnie générale des Eaux Minérales et Bains de Mer.

Elles sont attribuées par leurs fondateurs à :

1° Un médecin anglais, un médecin belge, un médecin danois, un médecin italien ; 2° deux médecins, membres du Concours médical et de l'Association générale des médecins de France ; 3° deux Internes des Hôpitaux de Paris ; 4° un Etudiant de la Faculté de Bordeaux, un de Lyon, un de Paris, un de Reims.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris, ou à M. le Dr Jouaust, 19, rue du Colisée, Paris.

Clinique Apostoli-Laquerrière (15, rue Montmartre). — MM. les Drs Laquerrière, directeur de la Clinique, et Delherm, ancien interne des Hôpitaux de Paris, commenceront le 23 avril une série de 12 conférences pratiques d'Electrothérapie.

Programme : I et II, Electrophysique et appareils. — III, Electrophysiologie. — IV et V, Gynécologie. — VI et VII Tube digestif. — VIII et IX. Maladies nerveuses. — X. Dermatoses. — XI, Maladies de la nutrition. — XII, Applications chirurgicales, applications diverses (voies urinaires, affections articulaires, etc.)

Le prix de la série est fixé à 50 fr. Ces conférences auront lieu le soir à 8 h. 1/2. On est prié de s'inscrire d'avance. S'adresser à la clinique, les mardi, jeudi, samedi, de 3 à 6 heures.

Faculté et Hôpitaux.

Clinique du Dr Babinski. — Le Dr Babinski, médecin de l'hôpital de la *Pitié*, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le samedi 5 mai 1906, à 10 h. 1/4 du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

M. Paul Dalché commencera ses leçons cliniques de gynécologie médicale le jeudi 3 mai à 10 h. et les continuera les jeudis suivants à la même heure (laboratoire de la salle Serres).

M. Pierre Sebileau, professeur agrégé, commencera le lundi 23 avril 1906 à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, avec le concours de MM. Chifoliau et Chevrier, prosecteurs des hôpitaux, un cours de médecine opératoire en dix leçons, moyennant le versement d'un droit de 40 francs. Le cours est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux. Se faire inscrire à l'amphithéâtre, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Une série de 12 conférences pratiques d'anatomie pathologique en vue de la préparation des élèves à la 2e partie du 3e examen sera faite par M. Pautrier, sous-chef de laboratoire d'anatomie pathologique à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, à partir du 23 avril 1906. Chaque conférence sera suivie d'un exercice pratique et d'une reconnaissance de coupes.

Les droits à verser sont de 40 francs ; le cours est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux. Le nombre des places est limité. Se faire inscrire à l'amphithéâtre, 17, rue du Fer-à-Moulin.

M. R. Grégoire, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 23 avril 1906, à 1 h. 1/4, pavillon n° 7.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Granvallé, de Rennes ; Jacquard, de Bar-sur-Seine ; Rayer, des Andelys, et Benet, de Pia (Pyrénées-Orientales), membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3 place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année | N° 16 | 22 AVRIL 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La loi sur les accidents du travail, étendue aux employés de commerce.

LOI étendant à toutes les exploitations commerciales les dispositions de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. (*Journal officiel.*)

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — La législation sur les responsabilités des accidents du travail est étendue à toutes les entreprises commerciales.

Art. 2. — A partir de la promulgation du décret prévu à l'article 4 et pendant les trois mois qui suivront, les contrats d'assurance contre les accidents, souscrits antérieurement à cette promulgation pour des entreprises visées à l'article 1er et ne garantissant pas le risque prévu par les lois des 9 avril 1898, 22 mars 1902 et 31 mars 1905, pourront être dénoncés par l'assureur ou par l'assuré.

La dénonciation s'effectuera, soit au moyen d'une déclaration au siège social ou chez l'agent local, dont il sera donné récépissé, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre recommandée. Le contrat se trouvera ainsi intégralement résilié le dixième jour, à midi, à compter du jour de la déclaration, de la signification de l'acte extrajudiciaire ou du dépôt à la poste de la lettre recommandée.

Les primes restant à payer ne seront acquises à l'assureur qu'en proportion de la période d'assurance réalisée jusqu'au jour de la résiliation. Les primes payées d'avance pour assurances à forfait ne lui resteront acquises, et seulement jusqu'à concurrence de six mois de risque au maximum à compter du jour de la résiliation, que si le contrat n'a pas été dénoncé par lui ; le surplus sera restitué à l'assuré.

Art. 3. — Les contrats mixtes par lesquels l'assureur s'est engagé, d'une part, à garantir l'assuré contre le risque de la loi de 1898, si celle-ci était déclarée applicable, et, dans le contraire, à le couvrir du risque de la responsabilité civile, seront intégralement résiliés, s'ils ont été dénoncés dans les formes et délais prévus à l'article précédent. La dénonciation de l'assuré restera toutefois sans effet si, dans la huitaine de cette dénonciation, l'assureur lui remet un avenant garantissant expressément, sans aucune augmentation de prime, le risque défini par les lois des 9 avril 1898, 22 mars 1902 et 31 mars 1905.

A l'expiration du délai de trois mois visé à l'article précédent, le silence des deux parties aura pour effet, sans autres formalités, de rendre le contrat applicable au risque déterminé par les lois des 9 avril 1898, 22 mars 1902 et 31 mars 1905.

Art. 4. — La taxe prévue par l'article 25 de la loi du 9 avril 1898 continuera à être perçue pour les exploitations assujetties par ladite loi, y compris tous les ateliers.

Elle sera réduite à un centime et demi pour les exploitations exclusivement commerciales, y compris les chantiers de manutention ou de dépôt. *La liste desdites exploitations sera arrêtée dans les six mois de la promulgation de la présente loi, par décret rendu sur la proposition des ministres du commerce et des finances, après avis du comité consultatif des assurances contre les accidents du travail. Elle sera soumise tous les cinq ans à la sanction législative.*

Des décrets rendus dans la même forme pourront

modifier le taux de la taxe spécifiée à l'alinéa précédent, dans les limites du maximum prévu à l'article 25 de la loi du 9 avril 1898 ou fixé par la loi de finances ; ils devront être publiés au *Journal officiel* au moins trois mois avant l'ouverture de l'exercice à partir duquel la modification deviendrait applicable.

Art. 5. — Les exploitations régies par les lois du 9 avril 1898 et du 30 juin 1899 qui ne sont pas soumises à l'impôt des patentes contribueront au fonds de garantie dans les conditions ci-après.

Il sera perçu annuellement sur chaque contrat d'assurance une contribution dont le montant sera fixé tous les cinq ans par la loi de finances en proportion des primes,et sera recouvré,en même temps qne les primes, par les sociétés d'assurances, les syndicats de garantie ou la caisse nationale d'assurances en cas d'accidents, qui en opéreront le versement au fonds de garantie.

En ce qui concerne les exploitants non assurés, il sera perçu, lors des liquidations de rentes mises à leur charge, une contribution dont le montant sera fixé dans les mêmes formes, en proportion du capital constitutif desdites rentes, et sera recouvré pour le compte du fonds de garantie, par les soins de l'administration de l'enregistrement.

Un règlement d'administration publique déterminera les conditions dans lesquelles seront effectués les versements des sociétés d'assurances, des syndicats de garantie ou de la caisse nationale d'assurance en cas d'accidents et les recouvrements de l'administration de l'enregistrement, ainsi que toutes les mesures nécessaires pour assurer l'exécution du présent article.

Toute contravention aux prescriptions de ce règlement sera punie d'une amende de cent francs à mille francs (100 fr. à 1,000 fr.).

Art. 6. — Les syndicats de garantie prévus à l'article 24 de la loi du 9 avril 1898 doivent, qu'il s'agisse d'entreprises industrielles ou commerciales, comprendre au moins 5,000 ouvriers assurés et 10 chefs d'entreprise adhérents, dont 5 ayant au moins 300 ouvriers, ou bien 2,000 ouvriers assurés et 300 chefs d'entreprise adhérents, dont 30 ayant au moins chacun 3 ouvriers.

Ces syndicats sont autorisés par décrets rendus en conseil d'Etat, après avis du comité consultatif des assurances contre les accidents du travail. Ils peuvent être autorisés par arrêtés ministériels, lorsque leurs statuts sont conformes à des statuts types approuvés par décret rendu en conseil d'Etat, après avis du comité susvisé.

Art. 7. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions dans lesquelles la présente loi pourra être appliquée à l'Algérie et aux colonies.

Art. 8. — *La présente loi entrera en vigueur trois mois après la promulgation du décret prévu au deuxième alinéa de l'article* 4.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 12 avril 1906.

A. Fallières.

Par le Président de la République :

Le ministre du commerce, de l'industrie et du travail

Gaston Doumergue.

Le ministre des finances,

Poincaré.

La loi dont nous venons de donner le texte étend sa bienveillante protection contre les accidents du travail à une catégorie de citoyens, très nombreux et très intéressants, il est vrai ; mais ne va-t-elle pas être, pour le corps médical, une nouvelle source d'ennuis et de dommages ?

Allons-nous voir encore les Compagnies d'assurances nous enlever les justes bénéfices que nous rapporte cette partie importante de notre clientèle ?

Allons-nous être obligés de soigner, non pas même au Tarif ouvrier, mais au Tarif de la responsabilité patronale, les employés ?

Les médecins vont-ils enfin comprendre qu'il est indispensable pour eux d'exiger des candidats à la députation qu'ils inscrivent dans leurs programmes la promesse de faire voter dès la 1re année de leur mandat la loi qui interdira à toute société d'assureurs d'organiser un service médical pour le traitement de ses assurés ?

***

Ministère du commerce, de l'industrie et du travail. — Par arrêté du ministre du commerce, de l'industrie et du travail, en date du 11 avril 1906, MM. Milliès-Lacroix, sénateur, et Puech, député, ont été nommés membres de la commission chargée de l'élaboration du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques, en cas d'accidents du travail, en remplacement de MM. Chovet et Mirman.

N. — Espérons que nous trouverons dans M. le sénateur Milliès-Lacroix, un juge plus équitable et plus bienveillant que son prédécesseur. Cela devient nécessaire, maintenant surtout qu'il s'agit des soins à donner aux employés de commerce !

LA SEMAINE MÉDICALE

La radiothérapie et la leucémie.

M. le Dr Beaujard, de Paris, affirme, dans sa thèse, que la radiothérapie est actuellement le traitement de choix des leucémies chroniques. Les résultats habituels de ce traitement sont : la disparition de la fièvre (baisse de température, suppression des frissons et des sueurs), l'amélioration de l'état général (suppression des œdèmes, de l'albuminurie, augmentation des forces et du poids), la diminution considérable et même la disparition des tuméfactions ganglionnaires et spléniques.

Le sang perd peu à peu les caractères du sang leucémique, les globules rouges augmentent, les leucocytes diminuent, et l'amélioration qualitative précoce dans la leucémie myélogène, plus tardive dans la leucémie lymphoïde, peut ramener la formule leucocytaire à la normale.

Les Rayons X n'ont encore donné que des espérances dans le traitement des leucémies aiguës.

Expérimentalement, une faible dose de rayons X provoque, chez l'animal sain, une polynucléose immédiate et passagère, suivie de leucopénie. La destruction des leucocytes porte surtout sur les mononucléaires ; le taux des hématies baisse momentanément. Le tissu médullaire est en

réaction ; le tissu lymphoïde est en grande partie détruit, avec fragmentation des lymphocytes et réaction macrophagique intense.

A doses plus fortes et prolongées, la leucopénie et la baisse des hématies tendent à devenir permanentes. Les tissus lymphoïdes et médullaires sont détruits ; la moelle osseuse subit la transformation graisseuse totale.

L'irradiation locale et prolongée d'un segment de l'appareil médullaire produit, indépendamment de la leucopénie et de l'érythropénie, une réaction myéloïde intense dans le sang circulant. Les stades de cette réaction sont les grandes cellules irrégulières de polynucléose, l'émigration des globules graisseux avec myélocytose. La moelle osseuse irradiée est en transformation graisseuse; le reste de l'appareil médullaire en irritation intense.

Les résultats obtenus chez le leucémique sont en tous points comparables aux faits expérimentaux. On y retrouve la polynucléose immédiate, la diminution leucocytaire avec augmentation des polynucléaires, la réaction de l'appareil érythropoiétique avec polychromatophilie et ascension progressive du nombre des hématies.

L'action des Rayons X est donc ici purement cellulaire ; aussi l'amélioration est-elle transitoire et les heureux effets de l'irradiation peuvent-ils se trouver dans d'autres maladies où la fonction hématopoiétique est troublée, comme dans les anémies.

Les bons effets de la radiothérapie dans les leucémies peuvent être obtenus sans radiodermite grave ; ils ne peuvent être maintenus que par un traitement longtemps et, peut-être, indéfiniment prolongé.

La cryoscopie des eaux minérales.

Les recherches que M. le Dr Lucien Graux, de Paris, a faites depuis plus d'un an sur la cryoscopie des eaux minérales lui ont permis de déterminer d'une façon rigoureuse la relation existant entre le point cryoscopique d'une eau minérale de la classe des bicarbonatées et sa composition.

Les analyses des eaux minérales sont rédigées habituellement en bicarbonates. Il n'existe alors aucune relation entre le chiffre total de leurs minéralisations et celui de leurs points cryoscopiques.

C'est ainsi que l'analyse de l'eau de Châtel-Guyon se présente avec un total de 8 gr. 3986. Or son point cryoscopique est le suivant : — 0,338.

On sait d'autre part que le point cryoscopique d'une solution isotonique (c'est-dire de 9 grammes par litre) est le suivant : — 0,560. Le rapport des points cryoscopiques est le suivant :

$$\frac{0.560}{0.350} = 1.600$$

Le rapport des minéralisations de l'eau de Châtel-Guyon et de la solution isotonique est alors inexplicable :

$$\frac{9}{8.39} = 1.050$$

L'auteur a recalculé cette analyse en monocarbonates : le total obtenu est de 5 gr. 832.

Le rapport des minéralisations concorde cette fois d'une façon très satisfaisante avec celui des points cryoscopiques :

$$\frac{9}{5.832} = 1.540$$

Il en est de même pour les autres eaux bicarbonatées. A Royat, par exemple, le chiffre total de la minéralisation est de 3 gr. 857 au lieu de 5 gr.623 et à Vichy (Célestins) de 4 gr.8639 au lieu de 8 gr. 244, etc..

Dans toutes les eaux observées, le point cryoscopique était proportionnel au chiffre total exprimé en mono-carbonates et entièrement hors de proportion avec celui de la minéralisation hypothétique des bicarbonates.

Voulant préciser la façon dont se comporte dans une solution minérale l'acide carbonique dit demi-libre, M. L. Graux a expérimenté avec des solutions pures de carbonate et de bicarbonate de soude.

Le point cryoscopique d'une solution contenant par litre un dixième de la molécule-gramme de carbonate de soude, c'est-à-dire 10 gr. 6 est de — 0,455.

Celui d'une solution contenant par litre un dixième de molécule-gramme de carbonate de soude pur, c'est-à-dire 8 gr.5 est de 0,389.

Or le point cryoscopique d'une solution contenant une demi-molécule-gramme de carbonate bisodique (soit 5,3 de carbonate) est de — 0,356, c'est-à-dire sensiblement le même que celui de la solution précédente.

Il s'ensuit que, dans une solution de bicarbonate sodique, seule la molécule de carbonate influe sur la pression osmotique.

L'acide carbonique demi-libre ne se comporte pas autrement au point de vue cryoscopique que s'il était entièrement libéré.

On a donc le droit de conclure des recherches précédentes qu'il serait rationnel de présenter les analyses des eaux minérales sous forme de monocarbonates.

On peut formuler ainsi la *loi nouvelle* dite : Loi Lucien Graux :

« *Il existe une proportionnalité directe entre le point cryoscopique d'une eau minérale de la classe des bicarbonatées et la composition de cette eau exprimée en sels anhydres et en monocarbonates.* »

Le diabète et les eaux arsenicales.

L'année dernière, notre confrère, M. le Dr Verdalle, avait déjà attiré l'attention sur les remarquables effets des eaux chlorurées arsenicales contre le diabète. Il a réuni, de nouveau, 23 observations très démonstratives des bons effets de la cure arsenicale chez les glycosuriques.

Les conclusions de son dernier mémoire publié dans les *Archiv. gén. de Médecine* sont les suivantes :

1° Dans le diabète, en général, le traitement par les eaux chlorurées sodiques arsenicales a une action très efficace ; il est, cependant, surtout indiqué dans les cas où la médication arsenicale a été déjà employée avec succès, et spécialement dans la forme hyperhépatique du diabète, c'est-à-dire dans cette variété, décrite par M. le professeur Gilbert, variété caractérisée par l'hyperfonctionnement du foie (glycosurie et azoturie) ;

2° Le traitement par les eaux arsenicales porte à la fois sur la glycosurie, qu'il fait toujours baisser et souvent disparaître complètement, et sur l'azoturie, laquelle diminue d'une façon parallèle ;

3° Le traitement tend à régulariser le taux de l'urée, à le ramener à la normale : le réduisant quand ce taux est exagéré, le faisant remonter, au contraire, quand il est au-dessous de la moyenne.

On peut donc affirmer que le traitement régularise la nutrition ;

4° L'amélioration de la santé générale est aussi remarquable ; elle suit parallèlement la régularisation de la nutrition et la diminution de la glycosurie ; cette amélioration est, dans certains cas, étonnante, c'est une vraie résurrection. Elle est souvent durable, se maintient pendant des mois et des années ; elle est quelquefois définitive ;

5° L'indication formelle pour les eaux arsenicales est donnée par l'état d'hyperfonctionnement de la cellule hépatique ; les eaux alcalines devant, au contraire, être indiquées dans les cas où ce fonctionnement est insuffisant ;

Il arrive ainsi, souvent, que l'eau arsenicale réussit dans beaucoup de cas où les alcalins avaient échoué, avaient même été nuisibles ;

6° Mais, dans aucun cas le traitement arsenical ne produit d'accidents, si, du moins, il est manié convenablement ;

7° Il peut rendre des services dans n'importe quelle forme de diabète : bien qu'il soit plus formellement indiqué dans la forme hyperhépatique, il donne aussi de très bons résultats dans les autres formes ; mais il faut surtout invoquer l'action reconstituante de l'arsenic et aussi l'action de l'altitude, de l'aération, des pratiques hydrothérapiques, etc., etc.

Alors même que les résultats chimiques seraient peu notables, on peut affirmer hautement que l'état général du malade est toujours grandement amélioré ;

8° Certaines indications spéciales s'imposent encore en faveur du traitement du diabète aux eaux arsenicales : elles tiennent à ses complications si fréquentes : les accidents du côté de la peau ou des muqueuses — les complications du côté de l'appareil broncho pulmonaire (asthme, tuberculose, etc.), l'anémie, etc., et encore à tous ces épiphénomènes qui se rattachent, comme si souvent le diabète lui même, à l'arthritisme ;

9° Mais, il convient de ne pas faire de l'anémie et de la cachexie une indication fondamentale, comme ont coutume beaucoup de praticiens ; plus tôt on enverra le diabète aux eaux arsenicales, et plus on aura de chances d'obtenir une guérison définitive ;

10° Dans certains cas particuliers, une double saison pourrait être utile ;

11° Le traitement par l'eau exportée peut aussi rendre des services dans l'intervalle des saisons. L'auteur recommande, en ce cas, une petite saison de trois ou quatre semaines, à domicile, tous les trois mois : environ deux cents grammes par jour ; cent grammes à chaque repas ; mais sous la surveillance très étroite du médecin traitant ;

12° L'albuminurie n'est pas une contre-indication, à moins qu'elle ne soit due à une vraie néphrite ; quand elle est simplement liée au diabète, légère et temporaire, elle cède en même temps que lui.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur DIEULAFOY.

L'Epilepsie traumatique.

Je vous parlerai aujourd'hui d'un malade qui nous a été adressé dernièrement d'un service de chirurgie. Cet homme est venu nous montrer, sur le bord droit de sa langue, une ulcération, une sorte d'incision à fond sanieux — j'emploie à dessein le mot incision — douloureuse au contact des aliments. Nous avons cherché l'état des ganglions desservants et nous n'avons pas trouvé d'adénopathie. Et alors les diagnostics se sont donné carrière... L'ulcère ne saignait pas, ne s'accompagnait pas d'engorgement ganglionnaire, on devait éloigner l'idée d'épithélioma. La lésion ne semblait pas syphilitique ; le malade n'accusait aucun antécédent, aucun accident précis de cette nature. Les caractères de la perte de substance ne rappelaient pas, non plus, l'ulcère tuberculeux. Quelque chose nous guidait : l'ulcération était marginale, elle siégeait sur le bord de la langue. En interrogeant plus longuement le malade, nous avons appris qu'il s'agissait d'une suite de morsure.

Pour qu'une morsure ait été aussi profonde et aussi accusée, une cause spéciale avait dû intervenir. Et, effectivement, la coupure en question s'était produite au cours d'une attaque convulsive. C'était le 21 février. La veille déjà, le malade avait eu des troubles nerveux, des maux de tête, des vertiges. Le 21, les malaises ayant augmenté, il rentre chez lui et se couche. Etant au lit, à 6 heures du soir, il prend un livre, commence une lecture, mais bientôt le livre tombe de ses mains : il se développe dans sa jambe, son bras et sa face du côté droit, une contracture. Le patient se sent tourner et entraîné vers la droite, au point qu'il craint de renverser la lampe qui est près de lui et de mettre le feu à sa chambre. Il assiste donc, pleinement conscient, au début de l'attaque. A partir de ce moment, il ne se souvient plus, il perd connaissance : lorsque, à 7 heures 1/2, sa femme rentre, il a repris ses sens, sa bouche est pleine de sang, sa langue fortement mordue ; il y a eu émission involontaire d'urine.

Si je vous demande maintenant de faire un diagnostic, si je vous demande ce qu'a un homme qui présente des convulsions, perd connaissance, se mord la langue et urine inconsciemment, vous répondrez facilement : il a eu une attaque d'épilepsie. C'est vrai ; seulement, il existe ici des différences avec le mal comitial ordinaire, le haut mal. Dans ce dernier, le malade tombe foudroyé, la figure pâle. Alors, commencent les convulsions

toniques bilatérales, qui durent 20 à 30 secondes et auxquelles succèdent les convulsions cloniques. Chez notre patient les convulsions toniques n'ont envahi qu'un seul côté du corps : il y a eu épilepsie partielle, jacksonienne, à type cruro-brachio-facial. De plus, le malade a assisté à la première phase de sa crise et n'a perdu connaissance qu'ensuite. C'est bien là de l'épilepsie, mais avec la double particularité que je viens de mettre en relief.

De sorte que, partis d'une ulcération de la langue, nous sommes amenés au diagnostic d'épilepsie.

Cet homme a 38 ans. On ne fait pas, à cet âge, une attaque d'épilepsie essentielle, à moins d'avoir eu des attaques antérieures, ce qui n'est pas le cas ici. Nous devions donc chercher dans le cadre des épilepsies secondaires. Etait-ce de l'épilepsie urémique ? Celle-ci n'est pas jacksonienne et elle s'accompagne d'autres symptômes d'urémie. Etait-ce de la syphilis ? En présence de phénomènes de ce genre, chez un sujet de 35 à 45 ans, il faut toujours penser à la syphilis. Nous avons poussé l'interrogatoire dans ce sens. Le malade accuse dans ses antécédents une petite affection génitale mal précisée, mais elle ne fut suivie d'aucun accident secondaire ou tertiaire et rien ne permet de la rattacher à la syphilis. Le diagnostic d'épilepsie syphilitique est donc sans fondement : et cependant, si nous n'avions pas trouvé autre chose pour expliquer la crise, nous eussions institué, quand même, un traitement d'épreuve.

Y a-t-il d'autres affections capables de donner de l'épilepsie, surtout jacksonienne ? Il convient de penser aux tumeurs, au gliome, au kyste hydatique, aux tubercules développés dans les circonvolutions rolandiques. Vous voyez jusqu'où il faut aller, combien de notions vous devez — pardonnez-moi l'expression — « mettre dans votre sac », pour arriver au diagnostic.

Il est autre chose encore à quoi on doit songer et à quoi on ne songe pas assez. Vous serez étonnés du nombre d'épilepsies traumatiques que vous rencontrerez en pratique, du nombre de gens qui, ayant reçu un choc sur la tête, font quelques semaines, quelques mois, voire quelques années plus tard, des attaques d'épilepsie.

Nous avons questionné notre malade. Il s'est tiré lui-même, nous a-t-il dit, dans un compartiment de chemin de fer, au mois d'octobre dernier, deux balles de revolver. Il a actuellement, à la région temporale gauche, un enfoncement du crâne dans lequel on peut plonger le pouce : toutefois, la chevelure étant assez abondante à ce niveau, rien ne vient révéler cet accident au premier coup d'œil.

Au moment de sa blessure, le malade perdit connaissance et fut transporté à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Tuffier. Là, à onze heures du soir, la trépanation fut faite, les balles et les esquilles produites par la fracture de l'os furent retirées. On draina et, le lendemain matin à 7 heures, le patient reprit connaissance. Dans la suite, aucun accident ne survint, sauf une aphasie passagère qui dura deux jours. Le 30 octobre, le malade sortit de l'hôpital, la plaie cicatrisée. C'est seulement trois mois après la trépanation qu'il a eu l'attaque épileptique, dont je vous donnais la description, il y a un instant.

Il nous arrive dans ces conditions et, à son propos, je vais étudier avec vous, une question que l'on étudie rarement dans les services de clinique, sans doute parce qu'elle n'est ni exclusivement chirurgicale, ni exclusivement médicale. Les chirurgiens opèrent et discutent l'opportunité des opérations ; les médecins considèrent les traumatismes comme en dehors de leur domaine : le pont qui relie les observations chirurgicales et les observations médicales est généralement délaissé.

Voilà donc un homme qui se tire deux balles dans la tête. On le trépane, il va bien et guérit des troubles (apoplexie, coma, etc.) immédiatement consécutifs à sa blessure. Puis, un jour, trois mois après l'accident, il fait une grande attaque d'épilepsie. De quoi s'agit-il ? D'une épilepsie traumatique.

L'épilepsie traumatique est plus fréquente qu'on ne le pense ordinairement. Beaucoup de malades qui ont à 30, à 40 ans, une première crise épileptique, sont des épileptiques traumatiques, dans les antécédents desquels on trouve une blessure du crâne, un coup, une chute, une plaie par arme blanche, par arme à feu, remontant à quelques semaines, à quelques mois, à un an, à deux, à cinq, à treize ans (une observation). N'importe quel traumatisme cranien peut être en cause. Tantôt c'est un enfoncement du crâne, une fracture de la table interne, une fracture avec esquilles ; d'autres fois, c'est une cicatrice vicieuse, des adhérences entre l'os, la dure-mère, les méninges et le cerveau. On peut, je suppose, faire une chute sur la tête dans le jeune âge, à 8 ou 10 ans, demeurer de nombreuses années sans troubles, avec quelques douleurs vagues de temps en temps parfois, et être pris un jour d'une grande attaque d'épilepsie. Appelés à soigner un tel malade, vous faites une enquête du coté de la syphilis, de la tuberculose ; vous vous contentez quelquefois de l'une de ces hypothèses et vous ne pensez pas au traumatisme. Le choc, la chute sont si lointains que le sujet se les rappelle à peine ou n'y attache aucune importance. Percutez, en ce cas, le crâne ; prenez un percuteur, le doigt étant trop mou pour cette exploration ; en un point, le patient accusera une douleur. Il y a là, au niveau de l'ancien traumatisme, quelque chose d'anormal. Les lésions post-traumatiques auxquelles je faisais allusion tout à l'heure (cicatrices vicieuses, adhérences, etc.) ont été longues à se développer, mais elles ont fini par créer l'épilepsie.

On croit trop que l'épilepsie traumatique est toujours — comme chez notre malade — une épilepsie partielle, jacksonienne. Il n'en est rien : elle est susceptible de revêtir toutes les formes de l'épilepsie. Un individu a eu un traumatisme cranien, il y a plus ou moins longtemps. Il peut avoir une attaque de haut mal que rien ne vient différencier du haut mal essentiel. Comme dans ce dernier, il commence l'attaque par une aura et il tombe brusquement, sans phrase. Si vous arrivez près de lui, à ce moment, il est pâle. C'est là, vous le savez, un moyen de dépister le simulateur. Certains individus simulent merveilleusement la crise épileptique. Trousseau raconte l'histoire suivante : Un jour, en présence d'un médecin, Esquirol tombe frappé d'épilepsie. Le médecin se retourne et dit à Trousseau : « Pauvre garçon, il est épileptique ! » Et Trousseau de répliquer en riant : « Mais, voyez donc la teinte rose de son visage ; c'est une simulation ! » Esquirol avait effectivement reproduit l'attaque épileptique en tous

points..... sauf la coloration initiale du visage. L'épileptique a donc, au début de la crise, un facies pâle, cadavérique, et des convulsions toniques qui durent 20, 25, 30 secondes. La pâleur fait alors place à la rougeur, les grandes convulsions cloniques se montrent et l'attaque se termine dans le stertor. Eh bien ! cette grande attaque peut s'observer dans l'épilepsie traumatique.

A côté du grand mal épileptique, il y a le petit mal. Il survient, je vous le rappelle, dans des conditions particulières. Vous êtes avec une personne et vous lui causez. A un moment donné, au milieu d'une phrase, votre interlocuteur s'arrête ; ses yeux deviennent fixes, hagards : il pâlit, mâchonne, pousse un soupir et reprend sa conversation, sans s'être aperçu de rien. Quand vous serez en présence de quelqu'un qui vous demandera conseil pour des maux de tête, de l'inaptitude au travail, causez avec lui et vous observerez parfois le phénomène, dont je viens de vous parler, le petit mal, qui dure 8, 10 secondes. Le point redoutable de ce petit mal, c'est qu'il conduit, aussi bien que le haut mal, au délire et à la manie épileptiques.

L'épilepsie traumatique consiste, chez certains sujets, en attaques de petit mal, avec tout ce qui peut s'ensuivre, vertige, manie aiguë, délire, impulsions, kleptomanie, pyromanie, crime même, ce crime épileptique si spécial, ce crime impulsif de l'individu qui, par exemple, sort de chez lui, marche tranquillement dans la rue, et brusquement plonge son couteau dans le corps du premier passant venu... Vous voyez combien s'étend le domaine de l'épilepsie traumatique. En un mot, le malade, devenu épileptique de par son traumatisme, peut avoir toutes les formes de l'épilepsie.

A quel moment apparaît l'épilepsie traumatique ? Il est des cas où les troubles se montrent quelques jours après la blessure crânienne ; il en est d'autres où ils débutent seulement 6 mois, un an, 7 ans, 13 ans (Horsley), 14 ans (Krauss) après. Les lésions épileptogènes, adhérences, exostoses, etc., sont généralement assez longues à se produire. Notre patient a eu sa première attaque 3 mois après son coup de revolver.

Cela dit, je voudrais aborder maintenant la question du traitement. Un malade a eu, par exemple, une fracture, un enfoncement de la voûte cranienne. Il offre, dans la suite, de l'épilepsie traumatique. Que faire alors ? Un traitement médical ou chirurgical ? Le traitement médical, qui consiste en l'administration des bromures, des trois bromures associés surtout, à la dose de 2, 3, 4 gr. par jour, excellent dans l'épilepsie essentielle, est un adjuvant utile dans l'épilepsie traumatique. Mais, ordinairement, il ne suffit pas ; s'il atténue les crises, le plus souvent, il ne guérit pas. Reste l'intervention chirurgicale. Elle se base sur la connaissance du siège du mal. A ce point de vue, rappelez-vous que l'épilepsie n'est pas uniquement tributaire des traumatismes de la région pariétale : elle se montre, que la blessure ait siégé en avant, latéralement ou en arrière.

Chez notre patient la localisation de la lésion est chose facile. Ses convulsions ont eu un type nettement cruro-brachio-cervical et la cicatrice cranienne, perceptible au toucher, correspond à la zone rolandique. Il n'y a donc pas ici de confusion possible : la lésion a siégé et doit siéger encore sur les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, en un point de leur surface du moins. Que ferez-vous en pareille circonstance ? Connaît-on des cas de ce genre qui ont guéri par l'opération du trépan ? Certes, il y en a et je pourrais en citer plusieurs. Toutefois, il est aussi des cas où, après l'opération, les crises ont recommencé. Lorsque les chirurgiens ont vu que la trépanation, suivie d'enlèvement des esquilles, de destruction des adhérences, ne suffisait pas toujours, ils se sont dit : « Nous allons aller plus profondément et enlever... le cerveau ! Puisque l'épilepsie persiste malgré le trépan, c'est que la zone sous-jacente est déjà touchée et peut-être malade, microscopiquement, sinon anatomiquement. » Comme conséquence, on a proposé d'enlever — et on a enlevé effectivement — les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Chose curieuse, l'opéré ne perd pas, pour cela, le mouvement : il ne devient pas hémiplégique comme on serait tenté de le croire. Il se produit bien un phénomène particulier, que l'on a appelé l'ataxie corticale : le malade a, pendant un, deux, trois jours, une légère hémiplégie, de la lenteur des mouvements des membres, mais ce n'est pas de la paralysie véritable. Il est des centres suppléant aux circonvolutions réséquées. En voici un exemple, dont je trouve la relation dans un travail du Pr Raymond : Un garçon de 15 ans avait fait une chute sur la tête à l'âge de 4 ans. Il eut dans la suite des attaques de petit mal, puis de haut mal, attaques qui allèrent en s'aggravant notablement, si bien que, le 11 février 189?, après quelques tentatives opératoires insuffisantes, une intervention plus large est décidée et pratiquée. Le centre moteur inférieur gauche est extirpé dans sa totalité. Une nouvelle attaque étant survenue, on procède à l'extirpation du centre du membre supérieur. Les suites opératoires consistèrent en une simple parésie motrice, légère et transitoire, qui ne dura pas plus de 48 heures. L'examen histologique des fragments du cerveau enlevés aurait révélé l'existence d'une dégénération des grosses cellules pyramidales. S'il en est réellement ainsi, s'il se fait vraiment à la longue, après le traumatisme cranien, de telles dégénérescences, il faudrait évidemment, pour guérir les malades, arriver à l'excision partielle ou totale des centres moteurs intéressés. A la vérité, la question reste encore à l'étude.

Pour en revenir à notre patient, qu'allons-nous conseiller ? Nul doute qu'il ne se soit formé chez lui des lésions post-traumatiques. Peut-être la thérapeutique médicale suffira-t-elle à calmer son état ; il n'a eu d'ailleurs jusqu'à ce jour qu'une seule crise. Mais, supposons que les grandes attaques se reproduisent, en dépit du bromure, que le délire, la manie épileptique, apparaissent, il faudra opérer. D'autre part, on peut craindre, en retardant l'intervention, de laisser le temps aux dégénérescences — s'il en est — de se produire. Vous voyez qu'il y a là, dans l'état actuel de la question, un point délicat à résoudre.

CONCLUSIONS.

I. L'épilepsie traumatique est fréquente. Tous les traumatismes du crâne (chutes, chocs, blessures par armes blanches, par armes à feu, etc.) peuvent l'engendrer. Les esquilles, les exostoses, les adhérences, les cicatrices sont, en pareille circonstance, les agents épileptogènes habituels.

II. L'épilepsie peut survenir, quel qu'ait été le siège du traumatisme, que celui-ci ait porté sur la région pariétale, frontale, ou en un autre point de la tête.

III. L'époque à laquelle apparaît l'épilepsie traumatique est variable. Quelquefois précoce, elle se montre dans les jours qui suivent la blessure cranienne : d'autres fois, elle se montre seulement après plusieurs mois ou plusieurs années.

IV. Il s'en faut que l'épilepsie traumatique se présente toujours sous forme partielle, jacksonienne. Le traumatisme est susceptible de créer toutes les variétés d'épilepsie, le haut mal, le petit mal, les troubles intellectuels, la manie, le délire épileptique, etc.

V. On fera le diagnostic par une enquête minutieuse, la recherche des traces, des stigmates de la blessure.

VI. Le traitement médical, par les bromures, rend quelquefois des services ; toutefois, le traitement le plus rationnel, le plus souvent nécessaire, est le traitement chirurgical, dont l'application variera selon les cas.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

THÉRAPEUTIQUE

Complications pulmonaires de la grippe et leur traitement.

Les complications pulmonaires entrent pour la plus large part dans la mortalité de la grippe, a dit le professeur Dieulafoy (1) et on connaît l'aphorisme de Gaillard : « Si la grippe tue, c'est qu'elle frappe au thorax. » On comprend donc l'intérêt primordial de l'étude des déterminations respiratoires de la grippe. Nous allons les passer rapidement en revue.

Remarquons, tout d'abord, que ces complications sont habituellement rares au début de l'infection et aussi au début des épidémies ; c'est plus tard, quand l'épidémie bat son plein développement, que les associations broncho-pulmonaires graves font leur apparition.

On sait la fréquence de la trachéite chez les grippés : elle se traduit par une toux très fréquente et très pénible ; mais, en général, la fièvre manque complètement et l'état général est relativement bon. Puis, bientôt apparaissent de la dyspnée, de l'oppression ; la toux devient plus fatigante, l'appétit disparaît et les digestions deviennent difficiles ; c'est que les grosses bronches commencent à se prendre et si les petites bronches s'enflamment à leur tour, la toux devient incessante et douloureuse, la dyspnée fait des progrès, la céphalalgie apparaît et la fièvre s'allume ; l'expectoration est alors pénible, mucopurulente ; à l'auscultation, on entend une pluie de râles fins des deux côtés du poumon ; l'état, grave déjà, peut encore empirer et amener rapidement la mort chez des sujets peu résistants. C'est la broncho-pneumonie grippale qui constitue une des plus terribles manifestations de la grippe (Dieulafoy, Graves, Rilliet et Barthez, Joffroy).

De même, la fluxion de poitrine grippale est souvent grave ; elle est accompagnée de crachats hémoptoïques et de dyspnée intense : ici tous les plans de la poitrine sont pris ; la peau et les couches musculaires du thorax sont douloureuses, hyperesthésiées ; la pleurodynie est constante ; à l'auscultation, on perçoit un mélange de signes pleuraux et de signes pulmonaires, ceux-ci caractérisés surtout par des râles, ceux-là par des frottements. La terminaison de cette forme est très variable.

Les congestions pulmonaires sont plus fréquentes ; Barié a décrit la congestion pulmonaire aiguë à forme pneumonique qui ne se distingue de la pneumonie vraie que par la mobilité de ses signes physiques, la rapidité particulière de son évolution et sa courte durée. Graves, et plus récemment Rendu et Huchard, ont étudié les congestions pulmonaires à forme asphyxiante qui, par l'absence totale de signes physiques et d'expectoration s'éloignant de la bronchite capillaire dont elles se rapprochent d'ailleurs par l'intensité de la dyspnée et la gravité des phénomènes généraux.

Nous ne citerons que pour mémoire les complications moins constantes, telles que splénopneumonie (Caussade), congestion atélectasique (Ferrand), œdème pulmonaire (J. Teissier, Huchard), gangrène, pleurésies diverses, etc. etc. ; mais nous insisterons volontiers sur la plus intéressante, la plus importante et aussi la plus grave des manifestations pulmonaires, sur la pneumonie (1).

Au cours d'une épidémie de grippe, la pneumonie peut se présenter dans deux conditions très différentes, au déclin ou au début de l'affection (Widal).

Dans le premier cas, un individu, atteint de grippe depuis quelques jours, avec inflammation des voies aériennes supérieures, présente tout d'un coup un état général mauvais, sa température s'élève, la dyspnée survient et une pneumonie vient se greffer sur le terrain préparé par la grippe.

Tout autre est le début de la pneumonie grippale. Apparaisant au début de la maladie, elle survient d'emblée comme manifestation primitive de la grippe. On pourrait croire à l'invasion d'une pneumonie franche.

Mais le début est plus insidieux, sans frisson, sans point de côté violent ; le souffle n'est pas franchement tubaire ; il y a des râles sous-crépitants, des crachats muco-purulents ; le pouls est mou, dépressible ; les malades sont prostrés et souvent comateux ; l'hépatisation grise est la règle.

On comprend donc l'importance de ces déterminations respiratoires de la grippe ; dans cette maladie, c'est incontestablement l'appareil pulmonaire qui est le plus touché et le plus menacé par des complications toujours sérieuses et souvent graves : il convient par conséquent de la protéger : c'est vers ce but que doivent converger, dans la plupart des cas, tous les efforts de la thérapeutique.

C'est pourquoi nous avons institué systématiquement, dès le début de toutes les grippes que nous avons eu à soigner dans le courant de cette année, un traitement prophylactique et curatif qui nous a donné d'excellents résultats. Nous avons donné à tous les adultes quatre à huit com-

(1) *Traité de Pathol. interne*, t. IV, p. 257.

(1) Traité Charcot-Bouchard, I, p. 819.

primés de thiocol Roche, dans le courant de la journée, à partir du jour où le diagnostic avait été fait, même si nous ne prévoyions pas à ce moment de complications broncho-pulmonaires. Chez les enfants nous nous sommes bien trouvé du sirop Roche au thiocol (de 2 à 4 cuillerées à café par jour).

Nous avons pu, grâce à ce traitement, éviter, dans la plupart des cas, les complications broncho-pulmonaires graves. Nous n'avons, en effet, observé que trois cas de pneumonie sur un total de 65 grippes que nous avons soignées dans le courant de ces derniers mois ; encore deux de ces cas sont survenus chez des employés très suspects d'éthylisme. Mais, chose très remarquable, ces trois malades ont guéri, dans d'excellentes conditions, au bout de douze, quinze et dix-huit jours. Chez eux, d'ailleurs, les comprimés de thiocol Roche ont été donnés à de plus hautes doses (huit et dix par jour).

D'ailleurs, chez tous nos malades, ce médicament a été admirablement supporté et nous avons remarqué qu'ils avaient tous conservé leur appétit ; en effet, le thiocol est un excellent stomachique et, dans la grippe en particulier, ce n'est pas une propriété à dédaigner. De plus, c'est un antiseptique gastro-intestinal de premier ordre, et c'est encore une qualité qui n'est point négligeable dans une affection qui frappe si souvent le tube digestif. Enfin on connaît par des travaux retentissants (Nigoul, Foussal, Ducos, etc.), l'action élective de ce produit sur le bacille de Koch et sur les microbes d'infection secondaire. Il semble donc que ce soit bien le médicament de choix dans la grippe et dans ses complications broncho-pulmonaires.

Toutefois nous avons, en même temps, utilisé d'autres procédés thérapeutiques et en particulier les divers moyens révulsifs à applications répétées de cataplasmes sinapisés, de ventouses sèches, parfois seulement de teinture d'iode. Le moyen, préconisé par Lyon (1), a très bien réussi entre nos mains : c'est l'enveloppement du thorax par des compresses imbibées d'eau froide, recouvertes d'un tissu imperméable et fréquemment renouvelées. Enfin nous avons employé parfois la digitale, la caféine ou la strychnine contre la dépression cardiaque ou nerveuse, et l'alcool le café, le thé, l'acétate d'ammoniaque et la teinture de kola ou de coca nous ont rendu, suivant les cas, des services plus ou moins considérables. Ainsi nous avons pu, chez tous nos malades, amener une convalescence prompte et normale.

Dr C. Mauller.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Le traitement du rein mobile.

Le rein mobile n'était autrefois l'objet d'aucune préoccupation de la part des chirurgiens ; en ces dernières années seulement, leur attention fut attirée par cette importante affection.

A l'état normal, les reins sont maintenus dans la position qu'ils occupent par les aponévroses, le tissu graisseux, la pression intra-abdominale ainsi que par leurs gros vaisseaux. Le point capital réside donc dans la configuration des cavités lombaires. Dans les aponévroses périrénales se trouvent des faisceaux résistants, qui s'étendent de la paroi abdominale postérieure à la capsule fibreuse des reins, et ces faisceaux jouent également un grand rôle dans la fixation des glandes. Normalement, celles-ci subissent de légers déplacements sous l'influence des mouvements respiratoires ; ce phénomène est souvent marqué pour le côté droit.

Les reins mobiles se rencontrent avec une fréquence plus grande chez les femmes à musculature mal développée dont les tissus sont mous, les parois abdominales flasques, chez celles qui ont souvent été en état de gestation, ou qui ont rapidement perdu leur tissu adipeux de l'abdomen.

Cette lésion se complique facilement d'hydronéphrose, de lithiase, de tuberculose ou de tumeurs malignes ; le rein peut d'ailleurs se fixer en situation anormale au moyen d'adhérences.

Les signes de cette lésion sont excessivement variables ; beaucoup de cas s'accompagnent de vagues symptômes neurasthéniques ; mais le phénomène le plus caractéristique consiste dans la torsion du rein, avec colique, hématurie, etc.

Quant au traitement, *Tr·ves* estime que la néphrorraphie ne constitue pas le meilleur mode de thérapeutique ; cette opération n'est indiquée que dans les cas de torsion avec symptômes très violents. Autrement il préfère le repos, avec le massage et une alimentation surveillée. Les « cures de repos » ne guérissent pas les malades de leur rein mobile, mais elles font disparaître les douleurs, et permettent, au bout d'un an ou de dix-huit mois, d'obtenir les meilleurs résultats, si l'on y joint un traitement général rationnel.

Sur la prophylaxie de la néphrite scarlatineuse.

Comme moyen pophylactique efficace dans la néphrite scarlatineuse, Ziégler conseille le régime lacté exclusif. Depuis 21 ans, il a mis en pratique ce procédé, dans 231 cas de scarlatine infantile. Alors que les statistiques de morbidité accusent généralement la néphrite scarlatineuse dans 50 % des cas, tous les enfants soignés de la sorte par lui en sont restés indemnes. Par contre, sur 10 petits scarlatineux, non soumis au régime lacté exclusif, 9 ont présenté de la néphrite.

Ces données très intéressantes seront de la plus grande utilité pour les praticiens.

A quel moment faut-il trépaner l'apophyse mastoïde dans une otite moyenne aiguë.

L'otite moyenne aiguë suppurée s'accompagne toujours d'une participation plus ou moins grande du processus mastoïdien ; aussi admet-on en chirurgie que si le pus ne s'écoule pas dans des conditions suffisamment bonnes, on doit faciliter sa sortie par les moyens artificiels, et, dans le cas particulier, trépaner l'apophyse mastoïde.

Mais l'expérience nous apprend que souvent le foyer purulent disparaît par résorption dans l'apophyse mastoïde ; aussi faut-il savoir différencier les cas où l'on doit compter sur cette

(1) *Clinique thérapeutique*, p. 1240.

éventualité, de ceux où il devient nécessaire d'intervenir.

La durée de l'affection n'est pas toujours une indication opératoire ; huit à dix jours de suppuration ne suffisent pas à légitimer une intervention ; les manifestations inflammatoires peuvent encore disparaître au bout de 3, 4 semaines et plus, sans laisser de suites fâcheuses. La trépanation au cours de la deuxième semaine doit être exceptionnelle ; en tous cas, on n'opérera jamais dans les premiers jours de la maladie.

Si le médecin possède des doutes sur la possibilité d'une résorption spontanée, il doit ouvrir l'apophyse mastoïde, mais jamais avant la 3e ou la 5e semaine.

Avant l'opération, il est indiqué d'employer les moyens antiphlogistiques, de faire une ou plusieurs fois la paracentèse du tympan pour faciliter l'écoulement du pus.

Une douleur constante à l'apophyse mastoïde, si elle dure depuis trois ou quatre semaines, n'est pas la conséquence d'une rétention de pus; elle constitue une indication opératoire. Il en est de même si la suppuration est abondante et ne cède pas au traitement après un mois.

L'opération doit également être pratiquée, quand un écoulement même léger s'accompagne de fièvre, ou bien quand, sans fièvre, il persiste plus de sept ou huit semaines.

La tuméfaction et l'infiltration inflammatoire de la mastoïde deviennent des indications pour une intervention chirurgicale, non pas au début de l'affection, mais au bout d'un certain temps.

S'il apparaît des phénomènes de réaction méningée, alors que le tympan est perforé, que l'écoulement se fait bien, il faut immédiatement trépaner, puis drainer l'apophyse mastoïde.

Dans la plupart des cas, l'incision de Wilde n'est pas suffisante, il est nécessaire d'ouvrir les cellules mastoïdiennes, et même l'antre, si la suppuration se montre étendue et profonde.

Cette trépanation n'est pas une opération dangereuse ; des complications éventuelles, paraissant consécutives à l'intervention, évoluaient déjà auparavant et l'intervention chirurgicale était incapable de les arrêter.

Les statistiques ne semblent pas indiquer une heureuse influence de l'opération sur la marche de l'affection, quand elle est faite prématurément, en dehors des circonstances énumérées plus haut. (Dr Heiman).

Le traitement de la goutte

Si la pathogénie de la goutte reste encore obscure en certains points, l'étiologie de cette affection paraît nettement définie par l'accumulation d'acide urique dans l'organisme. Celle-ci est due, dit Minkowski, moins à la formation anormalement abondante de cet élément, qu'à des irrégularités dans son excrétion, consécutives à des combinaisons chimiques anormales de l'acide urique dans le sang et les liquides organiques. Celles-ci se produiraient principalement dans la substance nucléolaire des cellules, par suite d'échanges nutritifs compliqués et irréguliers. On admet généralement dans la goutte une diminution des processus d'oxydation ; c'est là, dit Minkowski, une conception fausse. (*Deuts. med. Wochens.*, 1905, n° 11.)

Des facteurs locaux, toxiques, infectieux, traumatiques, encore inconnus, entrent en jeu dans la formation des dépôts d'urates ; l'accès de goutte constitue une réaction de l'organisme, qui cherche à se débarrasser de ces dépôts.

Cette anomalie dans les échanges nutritifs repose sur une prédisposition héréditaire : elle est favorisée par la suralimentation, le manque d'exercices physiques, l'abus des alcools, le saturnisme, etc., ainsi que par les affections du tube digestif.

Au point de vue thérapeutique, il est bon d'éviter les aliments riches en nucléine, qui occasionnent la formation de l'acide urique, le thymus, le foie, le rein, etc. ; il faut restreindre la viande et les légumineuses, proscrire les mets trop épicés ou d'une digestion difficile.

Chercher par les médicaments à diminuer la formation de l'acide urique est une méthode peu sûre. Les sels de quinine et leurs combinaisons (*urosine, sidonal, quirotropine, urol), à qui l'on* attribue cette propriété, n'agissent que comme analgésiques, à la façon de l'acide salicylique.

L'excrétion de l'acide urique sera facilitée par l'absorption d'eau, en particulier de l'eau minérale : alors que les préparations salicylées ordonnées dans le même but agiront plutôt comme diaphorétiques et antinévralgiques.

On cherchera sans succès à augmenter l'oxydation de l'acide urique par les alcalis, les inhalations d'oxygène, la thyroïdine, la spermine. Minkowski n'est pas partisan de la physico-thérapie.

Les essais tendant à faire entrer l'acide urique en combinaison chimique soluble ont jusqu'à présent réussi plutôt au laboratoire que dans l'organisme. Dans cet ordre d'idées, on a prescrit le lithium, la pipérazine, la lysidine, l'urée, les acides nucléiniques. Le formol, sous forme d'urotropine et de citarine, semblerait préférable, surtout pour la lithiase rénale.

Parmi les médicaments nervins et antinévralgiques, le colchique, dont l'action n'est pas expliquée théoriquement, paraît très apprécié des malades.

Le point principal consiste à régler l'alimentation et le genre de vie.

Quant au traitement général, l'hydro-balnéo et thermothérapie ainsi que les méthodes qui enlèvent et donnent beaucoup de calorique, sont indiqués pour les sujets jeunes et robustes ; pour les autres restent les bains tièdes.

L'attaque aiguë exige le repos, les enveloppements chauds, froids, et les compresses imbibées d'alcool, suivant les dispositions individuelles. Comme stations balnéaires on recommandera les eaux salées indifférentes, sulfureuses, alcalines, alcalino-terreuses, alcalino-sulfatées.

Dr Georges.

ETUDES ET PROJETS

Les cures familiales au foyer médical.

Il a déjà été fait allusion avec la plus vive approbation, dans ce journal, au très intéressant projet du docteur Birabeau, qui consisterait à placer les convalescents débiles et isolés chez les médecins de campagne. On a parlé ailleurs encore avec éloge de cette question de haute portée sociale et humanitaire ; mais je crains qu'on n'en ait pas fait ressortir suffisamment les nombreux avantages. Il importe, ce me semble, de revenir sans cesse à la charge, afin d'appeler l'attention du public et du corps médical sur une mesure qui a déjà rendu de réels services..., à l'étranger bien entendu, car c'est nous qui retardons maintenant.

J'estime comme le docteur Glaive, qui demande de passer de la théorie à la pratique qu'il y a vraiment quelque chose à faire, non seulement dans l'intérêt des malades — et ceci peut s'appliquer aux cas pathologiques les plus variés — mais aussi en faveur du médecin rural, dont le sort est parfois si précaire.

Les uns et les autres auraient quelque chose à gagner à cette cohabitation, à cette surveillance de jour et de nuit, dans un milieu vraiment hygiénique. Le plus grand nombre de nos confrères de province ont un jardin, et l'espace autour de leur demeure, laquelle est au moins vaste si elle n'est pas élégante. Il leur serait facile de recevoir un ou plusieurs pensionnaires, capables de les rémunérer convenablement de cette hospitalité. Cette dernière serait d'ordinaire préférable à celle de parents éloignés, plus ou moins bien installés, que leurs occupations empêchent de veiller suffisamment sur l'enfant ou l'adulte qui leur est confié. Même dans ce milieu, il faut bien reconnaître d'une façon quelconque les soins donnés. Pour un sacrifice un peu plus élevé, on aurait beaucoup plus de garanties.

On pourrait réaliser pour les gens fortunés, pour les enfants riches encore sains, mais exposés à contracter la tuberculose du fait de leur entourage immédiat, ce que l'œuvre de la prophylaxie, de la préservation de l'enfant dans la famille et à l'école, dont le siège social est 4 rue de Lille, a déjà obtenu de façon si heureuse.

Le professeur Grancher est l'apôtre fervent de cette tactique anti-tuberculeuse, qui consiste à prendre dans un taudis parisien un enfant sain mais menacé de contagion par la présence d'un père, mère ou frère tuberculeux, et à l'envoyer à la campagne, pendant toute sa vie scolaire de six à treize ans.

L'association confie ses pupilles, pour 20 à 25 francs par mois, à de braves gens choisis avec soin, physiquement et moralement sains, habitant un climat doux et des villages où ne sévissent ni l'alcoolisme ni la tuberculose.

On espère soustraire des milliers d'enfants, menacés de contagion, au sort qui les attend. Bien plus, on a des raisons de croire que la plupart des enfants, garçons et filles, qui auront profité de ce placement, resteront ensuite à la campagne pour y faire souche de paysans. Ce côté social et national de l'œuvre mérite aussi d'arrêter l'attention. Ce reflux de l'enfance saine de la ville aux champs, vers un milieu plus salubre, mérite d'être encouragé et sera certainement utilisé par des entreprises similaires si, après Paris, d'autres villes de France marchent sur ses traces.

Il faut faire face au mal, partout, de tous côtés, au nord comme au midi, sans hésitations fâcheuses, avec une orientation précise, dont la société que je viens de signaler et le dispensaire curateur et éducateur de M. Calmette représentent d'excellentes innovations.

Il n'y a plus qu'à généraliser pour le foyer du médecin, où pourront venir s'asseoir et se réchauffer tous les blessés de la vie, les chroniques de tout ordre, les convalescents, les névropathes, les isolés, ceux qui ont besoin de paix, d'encouragements, d'une main amie pour les soutenir, d'un cœur compatissant pour partager leur détresse, d'une voie autorisée et bienveillante pour leur rendre l'espoir et les aider à reprendre leur place dans la Société.

Récemment encore, après tant d'autres publications sur le même sujet, le docteur Bonnard, inspecteur des enfants du Rhône, vient de publier un livre substantiel en faveur de l'enfance des grandes villes: *La santé au grand air*. Il y a toujours quelque chose à apprendre avec un spécialiste qui accomplit sa mission avec zèle et intelligence, et j'aurais beaucoup à glaner dans ce travail, en faveur de ma thèse, sur l'utilisation du grand air pour accroître la robustesse dans les forces physique et dans les idées ; c'est l'objectif primordial à réaliser pour l'individu comme pour les collectivités, c'est « le meilleur emplâtre à appliquer sur d'injustes conditions sociales ».

L'auteur s'efforce de combattre l'exode des campagnes vers les villes ; il montre par combien de côtés la vie moderne est faussée, puisque le pain lui-même a perdu sa valeur nutritive.

Les résultats donnés par les colonies de vacances et qu'il a observés avec une minutie vraiment scientifique démontrent combien il y aurait avantage à généraliser et à prolonger ces voyages, à les transformer en habitude, en station fixe dans une atmosphère appropriée à chaque cas, pour les organismes compromis ou menacés, pour les jeunes gens ou les fillettes qu'il faut relever, sauver, soustraire au danger. Il est inutile d insister, n est-ce pas, nous sommes tous d accord sur ce point; la preuve est faite depuis longtemps. Il s'agit simplement d'arriver à la pratique, de trouver une solution simple, commode et peu coûteuse, d'établir un trait d'union entre les deux catégories d'intéressés ceux qui sont disposés à ouvrir leur demeure à tant par jour et ceux qui ont besoin de trouver un gîte bienfaisant, un havre de grâce.

Bien entendu, *Le Concours* est tout indiqué pour servir d'intermédiaire et ceux qui président à ses destinées ne refuseront jamais de rendre service aux confrères qui ont besoin qu'on leur tende la main ; mais son intervention gagnera à être complétée par celle des Associations et des réunions médicales de tout ordre. Il serait bon d'en parler dans les réunions, les banquets des divers arrondissements de Paris, à l'Association générale, dans les syndicats, dans les journaux et même aux pharmaciens, qui peuvent être consultés et donner un bon avis. Ce genre de conseils, non seulement ne leur est pas interdit, mais encore leur est fortement recommandé ; ce sera un

contrepoids aux empiètements de quelques-uns.

En dehors de Paris, nombre de grandes villes, Lyon. Marseille, Lille, Toulouse, Bordeaux, Tours, Caen, etc., possèdent de petites académies professionnelles, qui ont leur importance au point de vue scientifique et des bonnes relations. Là aussi il ne sera pas inutile de faire appel à l'esprit de solidarité. Je suis convaincu que, sans se donner beaucoup de peine, la plupart des consultants en vogue pourront rendre de réels services à leurs confrères moins favorisés, tout en étant fort utiles à leurs clients. C'est une habitude à prendre, un courant à établir. Il faut recommander le séjour à la campagne, sous la tutelle paternelle d'un guide autorisé ou envoyer sur le littoral, aux Corbières, par exemple. Il y aura même un avantage, celui de ne pas exposer les intéressés à une foule de tentations, dont la dame de cœur et la dame de pique, en d'autres termes, le jeu et la galanterie, représentent le danger le plus redoutable,

Aimons-nous, aidons-nous ! Prenez note de ceci, les heureux de la profession, et ne perdez jamais une occasion de vous montrer accueillants et secourables.

Dr Grellety (de Vichy).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Procédés des Compagnies d'assurances vis-à-vis des victimes d'accidents et des médecins.

Souvent, quelques-uns de nos abonnés, qui ont conservé des sympathies pour les Compagnies, nous ont écrit que nous exagérions les mauvais procédés des Compagnies et de leurs agents. Qu'ils nous permettent de placer sous leurs yeux les documents ci-dessous.

Paris, 16 mars 1906.

Mon cher Secrétaire et honoré confrère,

Vous m'avez fait l'honneur, lors de ma récente visite aux bureaux du « Concours », de me réclamer pour l'édification des confrères, et dans l'intérêt général, certaines pièces en ma possession Je vous les envoie sous ce pli ; elles pourront vous servir pour la plus grande gloire des assureurs qui savent tourner la loi du 31 mars 1905 avec un talent magistral.

1re Affaire : *Entente de la Compagnie la P. avec un agent d'affaires.* — Il s'agit d'un blessé du travail, M. H., demeurant à St-Ouen, expédié à Lariboisière pour une grave plaie de la jambe provoquée par un coup de pied de cheval et pouvant parfaitement être soigné à domicile de façon à ne pas grever le budget des pauvres au profit de celui de la Cie la P.

Un de mes clients, jadis blessé du travail et camarade de l'ouvrier, l'a fait sortir de l'hôpital en lui indiquant ses droits. Je le soigne depuis cette époque. Une seule demande de rendez-vous *légal*, (et encore !) m'a été faite par le médecin de la Cie, et cela sur mon insistance. Depuis deux mois, ni le malade ni moi n'avions entendu parler de rien, lorsqu'un bureaucrate de la P. déclara à la femme du blessé qui venait toucher le 1/2 salaire, que celui-ci ne lui serait plus versé si « Sanson » n'envoyait pas un certificat constatant que son client était encore malade. Je fis répondre que je n'envoyais de certificats que si on me les demandait à moi-même, c'est-à-dire si l'on prenait l'engagement de me les payer.

Le lendemain, à l'*improviste*, mon blessé recevait d'un agent d'affaires s'occupant de ses intérêts (!!) et « allant tous les jours à la Cie (!!!), la dépêche ci-jointe, un modèle du genre, qui m'a été communiquée par mon client :

Passez visite, docteur B., deux heures, aujourd'hui, Paris. Périn.

Très ennuyé de n'avoir pas le temps matériel de me consulter au sujet de la conduite à tenir, le blessé partit chez le Dr désigné qui :

1° Défit mon pansement, laissant pendant 1/2 heure la plaie à nu, pour faire son « rapport » ;

2° Mensura, interrogea le malade et appliqua sur la plaie, dont l'*os* était découvert, le même pansement que le malade *portait à son arrivée !!!*

Lorsque je revis mon blessé, il me raconta cette histoire et me dit à peu près textuellement : « Je suis tombé dans un piège, Monsieur le Doc« teur, sûrement le médecin qui m'a vu hors de « votre présence est celui de la Cie. J'en ai été désolé, « je regrette ma visite et je n'y serais pas allé si « je n'avais pas été surpris. J'ai demandé au Dr B. « qui m'envoyait chez lui et ce que l'on me vou« lait, il m'a répondu » : « Vous avez reçu un télé« gramme ? Eh bien, vous êtes envoyé par celui qui « vous l'a adressé. »

Vous voyez, mon cher Secrétaire, l'ambiguïté de la réponse.

Sur mes conseils, M. H. demanda des renseignements à son illustre agent d'affaires, qui lui déclara de vive voix, naturellement, que le Dr B. était bien celui de la Cie mais que cela était nécessaire si le malade voulait toucher l'indemnité qu'il croit devoir réclamer.

Des procédés semblables se passent de commentaires. Quant au médecin de la Compagnie qui se permet de toucher, au cours du traitement, au pansement d'un confrère, il a droit à tous les égards. Je sais bien qu'il pourra alléguer que le malade n'était pas forcé de venir à son cabinet, mais ce dernier affirme, ce dont il est impossible de douter, qu'il ne s'est rendu au rendez-vous fixé par le télégramme que parce qu'il ignorait avoir affaire au médecin de la Compagnie.

***

2e Affaire « *du même genre* ».

Ci-joint la lettre adressée au cours de son traitement à M. R., à Clichy, sans que je sois avisé de rien par la Compagnie.

Paris, le 16 avril 1906.

Monsieur

Croyant bien que mon confrère n'a plus rien à faire chez vous depuis longtemps et que la cicatrisation de votre plaie suit son cours régulier, j'ai l'honneur de vous demander, voulant éviter de me rencontrer avec le docteur qui vous a soigné, si vous voulez me recevoir *particulièrement* un des jours de cette semaine, afin que je puisse rendre

compte de votre situation actuelle à la Compagnie d'assurance.

Dans l'espoir que vous ferez à ma demande *bon accueil*, je vous prie d'agréer mes salutations empressées,

Dr L.

Veuillez également noter qu'à cette date le blessé avait interdit sa porte à un médecin de Levallois venu sans moi et qu'il ne s'est pas présenté à la convocation.

La loi autorise-t-elle une Compagnie à avoir des imprimés de ce genre, destinés assurément à exercer une pression morale sur le blessé ?

Caisse Commune. Paris, le 3 Mars 1906.

Monsieur,

Veuillez, je vous prie, vous présenter le mardi 6 mars prochain à 9 heures du matin, au siège de la Caisse Commune, pour y être examiné par le Médecin-Inspecteur au sujet de votre accident.

Agréez, Monsieur mes civilités.

G.

Dans le cas où vous auriez repris le travail inutile de vous déranger ; vous n'aurez qu'à nous en aviser.

(La lettre ci-dessus a été adressée à M. R., rue de Clichy, mon client, après que ce dernier eut refusé les soins du médecin ordinaire de la Compagnie, demeurant à Levallois et lui eut interdit l'accès de son domicile.)

Si cela vous intéresse, publiez cette lettre *in-extenso*. Quant à la dépêche, mon client vous prie de tenir secret son nom et jusqu'à ce que son affaire soit terminée.

Enrichissez votre dossier de ces deux pièces, cher confrère, et dites-moi ce que je dois faire.

Bien à vous,

Dr SANSON.

P.-S.— En cas de rendez-vous avec le médecin de la Compagnie auprès du blessé, ce dernier doit-il légalement être avisé de la visite ? Jamais jusqu'à ce jour mes blessés n'ont été prévenus si ce n'est par moi ?

Réponse. — Notre confrère nous demande si la loi permet aux compagnies d'employer les imprimés qu'il nous signale ; nous lui répondrons que tous les modèles d'imprimés doivent être communiqués à la direction de la Prévoyance sociale au Ministère du Commerce. Il est certain que la direction de la Prévoyance ne devrait pas autoriser les Compagnies à employer des imprimés qui ont manifestement pour but de tromper les blessés et de leur laisser croire que les Compagnies ont le droit d'exiger des blessés qu'ils obéissent à leurs ordres. Mais malheureusement, la direction de la Prévoyance sociale ferme les yeux et laisse commettre des abus contre lesquelles elle est suffisamment armée par le § 4 de l'art. 27. Mais le Directeur refuse, au plus grand détriment des blessés et des médecins, de réprimer ces procédés scandaleux, et, dans beaucoup de Compagnies, sachant que l'on peut compter sur cette regrettable bienveillance, on abuse de l'ignorance des ouvriers.

Le § 5 de l'article 4 ne dit pas que le patron est obligé de prévenir le blessé, mais il est évident, d'autre part, que si le blessé n'est pas prévenu, il n'est pas tenu de rester chez lui ; comme d'autre part, le médecin du blessé n'est pas l'employé du patron, il n'a pas à prévenir son client. Si donc, le patron, la Compagnie ou le médecin patronal ne prévient pas le blessé, celui-ci peut être absent, et il n'encourt aucune pénalité du fait de son absence, puisqu'il n'a pas été prévenu.

A propos de l'agent d'affaires Périn qui fait croire aux blessés qu'il prend leurs intérêts, alors qu'il n'est qu'un agent déguisé des Compagnies, voici une anecdote semblable à celle que nous signale le Dr Sanson ; le rapprochement est très instructif.

Un de mes clients, M. F., de Fontenay, blessé le 20 juin 1905, sortait un jour du cabinet du médecin de la Compagnie; il avait le bras en écharpe. Un individu l'accoste et lui demande s'il n'allait pas chez M. Périn, agent d'affaires très connu, disait-il, pour faire obtenir aux blessés tout ce qu'ils demandaient aux Compagnies. Le blessé lui répondit qu'il ne le connaissait pas. Le racoleur le conduisit chez M. Périn. Là on lui fit signer un pouvoir et on le conduisit chez le Dr K.., aux environs de la place de la République. Ce médecin fit un certificat : il concluait à la consolidation de la fracture et à une incapacité de 8 %. Il envoya directement ce certificat à l'agent d'affaires *Périn* sans même le montrer au blessé, qui plus tard en demanda inutilement à Périn communication.

Le 7 août, le blessé était convoqué par le juge de paix du 1er arr. pour l'enquête. Le 8 septembre, il était convoqué pour la conciliation devant le président du tribunal. L'agent de la Cie, se servant du certificat du médecin de l'agent d'affaires Périn, déclara accepter le taux d'incapacité de 8 % fixé par le médecin du blessé, disait-il, alors qu'il s'agissait du médecin de Perin. Il offrit 4.250 fr. au blessé, qui se laissa séduire et le président contresigna la conciliation. Aujourd'hui, le blessé n'est pas encore guéri et il a une incapacité de 40 %. Il est obligé d'intenter une action en revision.

Il est piquant de remarquer que cette affaire de F... fut conduite avec une rapidité tout à fait inusitée, car, tandis qu'il s'écoule plusieurs mois entre l'enquête du juge de paix et la convocation en conciliation, le blessé fut appelé en conciliation 15 jours après la clôture de l'enquête, bien que l'on fût au moment des vacances du palais.

Il paraît y avoir eu entente entre la Cie, le racoleur dans la rue, l'agent d'affaires Périn, le médecin qui a fait le certificat, et peut-être manque de vigilance du magistrat.

Les revendications du corps médical

Par le Dr M. VIMART.

(*Bulletin du Syndicat de la Seine*, nos 3 et 4 1906).

Mes chers Collègues,

Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un sujet difficile à traiter : quelles peuvent être à l'heure actuelle les revendications formulées par le corps médical ; quelles sont les réformes à obtenir pouvant faire l'objet d'un cahier du tiers état médical ?

Ces revendications sont multiples, nous pourrions en présenter de nombreuses, depuis la réforme des études médicales, la limitation des médecins par voie de concours, les modifications à la loi des patentes, la rédaction des ordonnan-

ces sur papier timbré remplaçant la patente, le régime de la vaccination, la déclaration des maladies contagieuses, etc., et bien d'autres qui surgissent à chaque instant. Ce n'est donc pas l'abondance des matières qui manque. Mais les difficultés commencent quand il s'agit de faire une sélection dans tous ces vœux.

Quelles sont à l'heure actuelle les questions les plus importantes susceptibles d'intéresser à la fois et le public et le corps médical sur l'ensemble des praticiens sans distinction de rang et d'opinions.

La question qui prime toutes les autres est la liberté de confiance, le libre choix du médecin par le malade, qu'il soit riche ou pauvre, qu'il appartienne à une administration publique ou privée ou à une Société de secours mutuels. Cette liberté est un droit imprescriptible de l homme, le droit que possède chacun de disposer à son gré de sa personne et de confier sa santé et sa vie à celui qu'il juge le plus capable et qui lui offre le plus de garanties, droit sacré aussi important que les grands principes de la liberté de conscience et d'association, de la presse, que nos pères ont conquis au prix de leur sang.

C'est ce principe qu'a déjà reconnu la loi de 1898 accordant à l'ouvrier blessé dans son travail le libre choix de son médecin et édictant des peines contre le patron qui chercherait à porter entrave à cette liberté. Pourquoi, en cas de maladie, tout citoyen n'aurait-il pas ce droit reconnu par une loi à l'ouvrier blessé ?

Comme conséquence du libre choix du médecin découle la suppression des monopoles médicaux, c'est-à-dire l'interdiction pour toutes les administrations de l'Etat des départements et des communes, des administrations privées, des Sociétés financières ou philanthropiques, de confier à certains médecins, exclusivement au détriment des autres, la mission de donner des soins à leurs malades et l'obligation pour ceux-ci d'avoir recours aux médecins de l'Administration. Nous n'avons pas ni l'intention, ni le pouvoir de supprimer d'un seul coup tous ces monopoles, toutes ces positions acquises, mais nous demandons de poser nettement une question de principe et de nous employer auprès de nos élus pour faire valoir la légitimité de ce principe chaque fois que l'occasion s'en présentera, comme à l'heure actuelle où il s'agit d'établir les cahiers des charges des nouvelles Compagnies du Gaz, des Omnibus, bientôt de l'Electricité, du Métropolitain, etc.

Vient ensuite une vieille question sur laquelle nous sommes tous d'accord, qui a été déjà étudiée par tous les groupements médicaux, qui a fait l'objet de maints rapports, de démarches multiples : la question de l'hospitalisation des gens aisés et riches. Nous affirmons, en conformité de l esprit de la loi sur l'assistance : que l'hôpital doit être exclusivement gratuit et réservé aux seuls indigents et nécessiteux. Je n'ai pas besoin de renouveler les nombreux arguments fournis à ce sujet : l'encombrement des services hospitaliers contre toutes les règles de l'hygiène, tandis que les indigents meurent sans secours à la porte d'établissements hospitaliers créés pour eux, la démoralisation du personnel grâce aux pourboires élevés des gens riches hospitalisés, l'impossibilité pour un médecin d'hôpital de soigner un si grand nombre de malades, tous faits connus de nous et de nos élus.

A l'heure actuelle, il existe une tendance à faire du médecin un fonctionnaire. Celui-ci, moyennant un traitement souvent minime, déguisé sous le nom d'indemnité, est chargé de fonctions souvent délicates qui engagent sa responsabilité. Nous demandons que chaque fois que l'Etat ou une administration attache à ses services un médecin, soit comme contrôleur ou expert, celui-ci participe aux avantages de la retraite conférée aux autres fonctionnaires de l'administration à laquelle il appartient. Si le médecin est fonctionnaire, il est juste qu'il jouisse de tous les avantages accordés à ces derniers et dont le plus important est la retraite et qu'il ne soit pas fait d'exception à cet égard. Nous ne verrions plus la création de ces nombreuses places de fonctionnaires attribuées aux médecins si l'aboutissant devait être la retraite.

Nous demanderons, en outre, qu'une place soit réservée aux praticiens légalement organisés en Syndicats dans les Commissions ayant à étudier les réformes à apporter à l'enseignement médical. Il est juste qu'on prenne l'avis des praticiens compétents dans un enseignement qui doit être surtout un enseignement professionnel et non un enseignement purement scientifique.

Enfin, tout en protestant contre les tendances à l'extension de la *responsabilité médicale*, *nous* demanderons la limitation de cette responsabilité aux cas où il y a faute lourde, faisant ainsi rentrer le médecin dans le droit commun. Tout citoyen, y compris le magistrat, devrait être responsable de ses fautes lourdes portant préjudice à autrui.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La liberté du choix du médecin par les victimes du travail.

Paris, 11 mars 1906.

Mon cher confrère,

Permettez-moi de rappeler à votre souvenir votre ancien camarade d'externat à Saint-Louis (dans le service de Le D., remplacé par K.), le docteur J., exerçant à Paris dans le quartier de Plaisance depuis près de 20 ans. Membre du syndicat des médecins de la Seine, abonné au *Concours médical*, je suis très attentivement les phases de la lutte sans merci que vous soutenez contre l'oppression des collectivités et des puissances financières, en particulier des compagnies d'assurances.

M'autorisant de nos anciennes et cordiales relations, je voudrais vous entretenir de la question si importante des accidents du travail. J'ai très souvent des blessés du travail à soigner, et, comme je ne suis médecin d'aucune Cie d'assurances, je suis à même de constater que le libre choix du médecin est un mythe. Pourquoi ? Parce que l'ouvrier, neuf fois sur dix, *ignore totalement la loi*. Vous avez fait des conférences aux ouvriers et j'espère que vos efforts ne sont pas restés stériles ; mais dans mon quartier, à part quelques ouvriers intelligents, en particulier les ouvriers typographes, les autres, surtout les ter-

rassiers, les manœuvres. c'est-à-dire les ignorants, non seulement ne connaissent pas leurs droits, mais encore refusent souvent de les exercer, de peur de perdre leur emploi.

J'ai eu, ces jours derniers, l'occasion de m'entretenir de cette question avec M. G., membre du Conseil supérieur du travail, qui vous connaît très bien, et je lui disais qu'il serait bon de faire afficher dans chaque atelier, en un endroit très apparent, les imprimés de l'Union des syndicats médicaux de France qui nous servent à établir nos certificats d'accident. Mais il m'a répondu que le patron a le droit de s'opposer à cet affichage à l intérieur de sa propriété qui serait cependant le seul moyen pratique de faire connaître la loi aux ouvriers. Il paraît que, lors de la discussion des articles de la loi sur les accidents du travail à la Commission du travail, cette disposition, d'une importance capitale pour la diffusion et le bon fonctionnement de la loi, fut repoussée, grâce à l'opposition obstinée de M. Paulet, directeur de je ne sais quel important service. Il serait, dit-on, gendre d'un ancien ambassadeur près du Pape et, en cette qualité, fréquenterait dans les salons des défenseurs du Trône et de l'Autel qui sont à la tête de la plupart des Cies d'assurances.

M. G. m'a promis, lors de la revision de la loi, de s'employer de toutes ses forces pour faire adopter cette mesure.

En attendant, ne croyez-vous pas qu'il serait bon de faire afficher sur la façade extérieure des ateliers ou à proximité, les dites affiches agrandies, bien visibles. avec addition de l'article 30, qui punit d'une amende toute personne portant atteinte au libre choix du médecin par l'ouvrier blessé ? L'Union des syndicats, le Syndicat des médecins de la Seine, ne pourraient-ils faire les frais de ces affiches, aidés pécuniairement par les diverses corporations de la Bourse du travail ?

Dans le même ordre d'idées, j'ai proposé à la dernière séance de la Société des médecins du XIVe arrond. qu'une pression soit faite par nous médecins, mais surtout par les ouvriers. sur les candidats aux élections législatives de mai, au sujet de l'inscription dans leurs programmes d'un paragraphe réclamant l'exécution de la loi sur les accidents du travail, violée ouvertement tous les jours en ce qui concerne le libre choix du médecin. Il y aurait là une occasion unique à saisir et je suis persuadé que tous les candidats inscriraient volontiers dans leurs programmes une formule simple, facile à retenir par l'ouvrier.

Personnellement, toutes les fois que je vois un ouvrier que ces questions intéressent, surtout quand il fait partie d'un grand atelier, je ne manque pas de l'instruire de ses droits et de lui remettre le petit imprimé, pour qu'il le montre à ses camarades. Mais cela ne suffit pas, et les élections futures, avec la crainte des électeurs qui caractérise les candidats, nous offrent un moyen très commode — et gratuit, ce qui n'est pas à dédaigner — de faire connaître la loi à la masse des ouvriers qui l'ignore.

C'est à la Bourse du travail qu'il faudrait porter la bonne parole. De plus, à chaque réunion électorale dans tous les quartiers, un ouvrier ami devrait poser au candidat une question au sujet du libre choix du médecin par l'ouvrier accidenté.

Très occupé par ma clientèle, je n'ai pas le temps d'aller soumettre ma proposition au Syndicat des médecins de la Seine. Voudriez-vous la prendre à votre compte ou la proposer en notre nom. Parlez-en à mes amis L. et H. G. qui marcheront avec nous, j'en suis sûr. Que dites-vous de ce moyen de propagande que vous avez, il me semble, proposé jadis, et qui s'impose aujourd'hui, en présence de l'ignorance des uns et de la mauvaise volonté — pour ne pas dire la mauvaise foi — des autres ?

Veuillez excuser, mon cher confrère, la longueur de ma lettre et croyez à mes sentiments de grande estime pour le courage que vous avez eu d'attacher le grelot et d'oser attaquer de front les procédés incorrects, quelquefois délictueux, des Cies d'assurances et de quelques-uns de leurs médecins. Votre campagne, soyez-en certain, porte ses fruits : les ouvriers et le corps médical vous sauront gré de l'acharnement que vous aurez mis à défendre leur cause qui sera toujours la mienne.

Bien confraternellement à vous,

D^r X.

Faites de ma lettre l'usage qu'il vous plaira: publiez-la si vous le désirez. Lisez-la au Syndicat, faites-la discuter. Tout ce que vous ferez sera bien fait. C'est pour l'intérêt commun.

Merci d'avance.

Réponse.

Le 12 mars 1906.

Mon cher confrère,

Je suis très heureux que la défense du corps médical m'ait fait retrouver un ancien collègue dont j'avais gardé le meilleur souvenir.

Il est exact, comme vous l'a dit M. G.., que vous ne pouvez faire afficher ni à l'intérieur ni à l'extérieur de l'Usine des affiches pour instruire l'ouvrier.

Je comprends même que le législateur ait refusé d'autoriser cela. L'Usine est un domicile, une propriété : obliger un patron à y subir un affichage constitue une violation de domicile. Or, comme nous avons toujours combattu la violation du domicile du blessé par le médecin du patron, nous devons combattre également toute violation du domicile du patron.

Tant que le corps médical n'aura pas obtenu, au nom de la dignité humaine et de la conception logique, des droits imprescriptibles de la personne humaine, que l'on interdise à toute société financière ou philanthropique d'organiser des services médicaux, avec des médecins attitrés et plus ou moins imposés aux malades. nous aurons beaucoup de peine à faire que la loi, qui laisse au blessé le libre choix de son médecin, ne soit qu'une illusion à l'aide de laquelle la bureaucratie française, (j'allais dire russe), trompe les travailleurs, tout en se ménageant les bonnes grâces de riches financiers possesseurs de chasses giboyeuses.

J'ignore s'il existe un lien de parenté entre le Directeur de la Prévoyance sociale au Ministère du Commerce, et la noblesse qui dirige les conseils d Administration des Compagnies d'assurances. Ce qui est indéniable, c'est que certains députés, qui se disent les plus avancés et les plus ardents défenseurs des ouvriers, sont reçus sur

les yachts des princes de la finance. Il ne serait donc pas surprenant que les personnages les plus influents des bureaux de la Prévoyance sociale au Ministre du commerce soient apparentés avec la plus vieille aristocratie française qui a abandonné ses donjons démolis d'où elle surveillait les travailleurs de la terre, pour s'embusquer dans les usines et les sociétés financières où elle exploite tous les travailleurs y compris médecins, pharmaciens, ingénieurs, etc., si votre information est exacte, elle nous donnerait l'explication de bien des choses qui se passent à la direction de la Prévoyance sociale et dont nous avons à nous plaindre amèrement.

Cependant il ne faut pas abandonner la lutte, il y a certainement des résultats acquis, et l'on peut obtenir mieux encore Comme vous le dites, il faut que, dans chaque quartier, à Paris, dans chaque arrondissement en province, les médecins s'entendent avec les syndicats ouvriers, pour imposer la réforme qui rendra à chaque travailleur le droit de choisir son médecin quand il est malade ou blessé. Puisque vous êtes lésé chaque jour par les abus des Compagnies, prenez dans votre quartier la direction de cette réunion. Pourquoi ne feriez-vous pas une conférence dans votre quartier ? Je suis gêné pour vous parler de la petite brochure que j'ai publiée, mais vous trouveriez facilement de quoi faire une conférence après une heure ou deux de travail préparatoire. Voilà comment vous pourriez, à l'aide de la brochure « Les lacunes de la loi » faire le schéma de votre conférence en y intercalant quelques anecdotes qui vous seraient personnelles. Je place ce schéma en dehors du texte de ma lettre.

Je vous adresse en même temps une série de spécimens d'affiches et de lettres pour les chefs d'industrie et les médecins de Compagnie. Si vous en désirez, on vous les procurera au « Concours Médical », vous pourrez les faire apposer dans les environs de l'habitation de ceux qui vous auront lésés.

Programme d'une conférence à faire aux blessés du travail, en se servant de la brochure : « Les lacunes de la loi » du *Concours Médical* ou autres journaux et la brochure Quillent.

1° Différence entre la situation d'un blessé avant et après la loi sur les accidents : « Les lacunes de la loi », p. 65.

2° Les lois étrangères parfois plus libérales que la loi française : « Les lacunes de la loi », p. 23 ; Critique, rapport Chovet ; *Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux*, 20 mars 1904, p. 129 ; 20 avril 1904, p. 178, etc., etc.

3° L'article 4 et le tarif des indigents ou le tarif officiel : « Les lacunes de la loi », p. 33.

4° Abus et mensonges des compagnies, *ib*, p. 4, 21.

5° Ne pas s'effrayer des menaces des compagnies, *ib.*, p. 97.

6° Inviolabilité du domicile, rapport avec les médecins des compagnies, *ib.*, p. 71.

7° Nouvel article 4, paragraphe 5. Lettre à un juge de paix : *Concours Médical*, 16 septembre 1905, p. 587 ; *Bulletin de l'Union*, 20 août 1905, p. 473 ; *Concours Médical*, 17 mars 1906, p. 195.

8° Article 30. Condamnation d'un patron : *Concours Médical*, 28 janvier 1906, p. 70 ; *Bulletin de l'Union*, 20 janvier 1906, p. 47.

9° Le droit de changer de médecin : « Les lacunes de la loi », p. 70 ; *Concours Médical*, 18 mars 1906, p. 197. Consultation Gâtineau.

10° Motifs pour lesquels les compagnies veulent adresser les blessés à leurs médecins : « Les lacunes de la loi », p. 17, 92.

11° L'ouvrier outil. Communication au congrès de Liége : *Concours Médical*, 8 juillet 1905, p. 417 ; 10 juin 1905, p. 353 ; *Bulletin de l'Union*, 20 juin 1905, p. 350.

12° L'ouvrier outil. Réponse au Dr T. : *Bulletin de l'Union*, 5 août 1905, p. 462.

13° Traitement intensif : « Les lacunes », p. 41.

14° Ordres secrets des compagnies : « Les lacunes », p. 47.

15° Traitement à domicile et à l'hôpital, p. 36.

Le traitement après la consolidation de la blessure : *Concours médical*, 22 avril 1906, p. 286.

16° La nourriture à l'hôpital, article 4, paragraphe 3, on ne doit pas lui déduire ses frais de nourriture sur le demi-salaire.

17° Le paiement du demi-salaire, article 3, paragraphe 4.

18° Loi du 7 avril 1900 sur les dommages-intérêts pour retard de paiement : *Bulletin de l'Union*, des Syndicats médicaux, 20 mai 1905, p. 286 ; *Concours Médical*, 16 septembre 1905, p. 584 *bis*.

17° Les sociétés de secours mutuels irrégulières : *Bulletin de l'Union des syndicats médicaux*, 20 mai 1905, p. 432.

20° Assistance à l'expertise et à la conciliation, droit du blessé et de son médecin : « Les lacunes de la loi », p. 44, 139 ; Brochure Quillent, p. 36.

21° Précautions à prendre avec les avoués : Brochure Quillent, p. 38.

22° Les greffiers n'ont pas le droit d'être agents d'assurances, les greffiers ne doivent réclamer aucune somme d'argent aux blessés, p. 36.

23° Les blessés ont droit aux égards des juges, plaintes à faire contre ceux qui manquent à ces devoirs : Brochure Quillent, p. 46.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

L'action directe de l'Union des Syndicats médicaux de France.

I

La vigilante activité de l'Union des syndicats médicaux de France, qui s'exerce en surveillant toutes les formes de l'évolution sociale capables d'avoir une répercussion sur la situation du corps médical français ne se borne pas à suivre la marche de la société moderne. Elle prend aussi l'initiative de réformes importantes et utiles pour tous nos concitoyens. C'est l'*Union des syndicats médicaux* et le *Concours médical* qui ont entrepris une campagne pour la réforme des études médicales. Nos organes de défense ne se sont pas contentés d'obtenir la mise à l'étude de cette question, ils veillent avec soin à ce que les réformes demandées ne soient pas étouffées dans les délibérations de quelques médecins officiels qui ont tout intérêt au maintien ou même à l'aggravation du *statu quo*.

M. Briand, ministre de l'instruction publique, a reçu, le 11 avril, une délégation de l'Union des syndicats médicaux de France.

Il est question de nommer une commission chargée de préparer la réforme de l'enseignement médical. Les praticiens français demandent

à faire partie de cette commission en nombre au moins égal à celui du corps enseignant.

Il appartient maintenant à chacun de nos confrères d'agir isolément ou par groupement sur leurs députés respectifs pour que ceux-ci agissent sur le ministre et obtiennent de lui qu'il donne satisfaction à la légitime demande des médecins praticiens de France. Il est de toute justice que les syndicats médicaux soient représentés et écoutés dans la commission de la réforme de l'Enseignement comme ils ont été représentés, sinon écoutés, dans la commission du tarif pour les accidents du travail.

II

Depuis deux ans à peine,les syndicats médicaux de province, cessant de gémir sur le sort que leur faisait la Mutualité, se sont décidés enfin à remplacer les inutiles négociations avec les chefs de la mutualité, pour les remplacer par des mesures de défense effective. Le syndicat médical du Rhône, le premier, a donné l'exemple, il a dicté ses conditions aux Mutualistes. Ceux-ci, se voyant dans l'alternative d'accepter cet ultimatum ou de voir la grande majorité des médecins lyonnais cesser toute relation avec les mutualistes, qui seraient considérés comme des clients ordinaires, ont dû, après une courte résistance, accepter le règlement proposé par le Syndicat médical du Rhône. Peu après, l'exemple était suivi par les médecins de Nice, et le même succès couronnait la même entente médicale. L'Union ayant parlé d'organiser dans toute la France des conférences pour les Mutualistes, comme on en avait organisé pour les blessés du travail, l'état-major mutualiste s'est enfin ému et dans le procès-verbal de la dernière séance du Conseil d'administration de l'Union nous trouvons le passage suivant :

« Correspondance... Lettre de M. Mabilleau, adressée à M. Gairal, qui en donne lecture au Conseil. M. Mabilleau demande la création d'une Commission mixte médico-mutualiste pour l'aplanissement des différends entre médecins et mutualistes. »

Voilà un premier résultat de la campagne d'action (et non plus de négociations) si énergiquement menée par notre journal et par le vaillant *Bulletin de l'Union Médicale.*

Nous voulons espérer que nous trouverons enfin les chefs de la Mutualité à la fois plus équitables et animés pour les médecins de sentiments tout différents de ceux qu'ils nous ont montrés jusqu'à ce jour. Nous irons à la conférence animés des intentions les plus conciliantes et les plus pacifiques, mais également décidés à rompre tout entretien qui se prolongerait inutilement, pour reprendre la lutte, pour agir sur la masse mutualiste et faire son instruction, en lui montrant ce que sont les services médicaux de la Mutualité, et ce qu'ils devraient être.

III

LES DEUX MILLIARDS DE LA MUTUALITÉ.

Les médecins, qui ont tous trente mille francs de rente, meurent de faim et les pauvres mutualistes, qui implorent la charité des médecins, meurent d'indigestion dans les banquets hebdomadaires.

Dans le journal *Le Journal* du 26 mars 1906, nous trouvons le passage suivant, dans le compte rendu d'un banquet mutualiste :

« M. Barberet, dans une éloquente allocution, « donna d'intéressants détails sur la marche as- « cendante de la Mutualité qui possède déjà cinq « cents millions et dont la fortune, s'écria-t-il, ne « s'élèvera pas à moins de deux milliards dans « cinquante ans. »

Enfoncé le milliard des Chartreux. Pauvres mutualistes ! Heureux médecins, assez bêtes pour faire la charité aux milliardaires ! En 1901, M. Barberet déclarait, dans un rapport officiel, que la fortune des mutualistes s'élevait à trois cent trente-huit millions ; si quatre ans après, elle est de cinq cents millions, elle augmente donc de quarante millions par an.

Et maintenant, bons médecins — moutons — continuez à vous laisser tondre et à demander une loterie pour sortir vos enfants de la misère. Vous n'avez, après tout, que ce que vous méritez ; on aurait bien tort de se gêner avec vous. Espérons que bientôt on ne trouvera plus de pères assez sots pour donner leur fille à un médecin : on ne doit pas se marier quand on est incapable de défendre sa famille, ou lorsqu'on est capable de la sacrifier pour obtenir un ruban et la réputation d'un homme désintéressé et..... nigaud.

Dr Ch. DIVERNERESSE.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

La vente d'une clinique médicale,

Par M. TOUREY-PIALLAT,

Avocat, docteur en droit.

La cinquième Chambre du Tribunal civil de la Seine, sous la présidence de M. Tassard, a rendu le 22 février dernier,un jugement intéressant en matière de vente d'une clinique médicale.

Voici dans quelle situation la vente se présentait :

Le 10 juillet 1903, par un acte sous seing privé, le Dr Vignes avait cédé au Dr Blancard la maison de santé avec clinique ophtalmologique qu'il avait fondée à Paris, 18, rue Dauphine, ainsi que le mobilier, les instruments et tout ce qui garnissait la maison, la clientèle, le droit au bail.

Par le même acte, le Dr Vignes s'engagait à aider le Dr Blancard de ses conseils et connaissances techniques, à lui prêter son concours pendant au moins deux ans, en continuant à se rendre à ladite maison de santé aux jours et heures habituels pour les consultations et opérations.

Il avait été stipulé que, pendant toute la durée du concours, le Dr Vignes aurait droit à la moitié des bénéfices nets de l'exploitation. Enfin le Dr Vignes s'était interdit, lorsqu'il se retirerait de l'association, de fonder ou d'exercer soit directement, soit indirectement,dans une maison de santé similaire dans le département de la Seine et dans les départements limitrophes.

La cession était consentie moyennant le prix de 20.000 francs, moitié payée comptant. Le surplus était exigible le 1er juillet 1905.

En novembre 1904,le Dr Blancard,ayant manifesté l'intention de renoncer à l'exercice de la médecine, demanda au Dr Vignes d'accueillir à sa place le Dr Grelault et de lui continuer sa collaboration.

A cette époque,le Dr Blancard s'est engagé à payer au 1er avril 1905 la somme de 10.000 francs restant due sur le prix de cession.

Le Dr Blancard se refusa à payer le solde du prix en arguant de la nullité de la vente comme ayant

pour objet une clientèle médicale, laquelle n'est pas dans le commerce.

Telles étaient les prétentions réciproques des parties. Le Dr Blancard invoquait la nullité du contrat de cession de clientèle médicale.

Mais c'était déplacer le terrain de la discussion, puisqu'il s'agissait d'une cession de clinique médicale et non pas d'une cession de clientèle proprement dite.

Voici par quels motifs le jugement a tranché le différend ;

« Attendu que si, en droit, on peut soutenir dans une certaine mesure qu'une clientèle n'est pas une chose dans le commerce, c'est uniquement parce que cette clientèle, résultat de la confiance toute personnelle accordée au médecin, n'est pas une chose qui soit à sa disposition et qu'il puisse être assuré de transmettre intégralement.

« Mais, attendu que telle n'était pas la portée de la convention intervenue entre les parties ;

« Que l'acte du 10 juillet 1903 ne constitue pas une cession de clientèle ;

« Qu'il a eu pour objet principal la vente de la maison de santé et accessoirement la cession du mobilier, des instruments qui se trouvent dans la maison et du droit au bail ;

« Qu'en outre le Dr Vignes s'est interdit d'exercer la médecine dans un établissement similaire dans le département de la Seine et les départements limitrophes ;

« Que cette obligation de ne pas faire pouvait ne contenir rien qui soit contraire à la loi, qui blesse l'ordre public et les bonnes mœurs et pouvait être l'objet d'un contrat aux termes de l'article 1126 du Code Civil ;

« Qu'elle présentait des avantages réels pour le Dr Blancard, en lui permettant de conserver la clientèle du Dr Vignes ;

« Qu'il était naturel que ce dernier ne prenne cet engagement qu'en échange d'une obligation corrélative d'un prix à payer ;

« Attendu qu'il importe peu que, dans la rédaction de l'acte, les parties se soient servies du terme, impropre en droit, mais usuel, de « cession de clientèle » ;

« Que si l'on considère l'ensemble de la convention aucun doute n'est possible sur le sens précis de ce terme ; qu'il s'agit non pas de cession de clientèle proprement dite, mais de l'obligation prise par le Dr Vignes de faire en sorte que le Dr Blancard fût accepté par ses clients ;

« Que c'est en effet pour atteindre ce but que le Dr Vignes s'est engagé à aider son successeur de ses conseils et connaissances techniques et lui prêter son concours pendant plusieurs années ;

« Attendu, au surplus, qu'on ne peut séparer la maison de santé, laquelle est incontestablement dans le commerce, de la clientèle à laquelle elle se rattache étroitement ;

« Qu'en ayant égard à cette considération il n'est pas possible d'opérer une ventilation du prix ainsi que le demande le Dr Blancard.

« Qu'ainsi la cession doit être maintenue dans son intégralité. »

En conséquence, la cinquième Chambre déclarait le Dr Blancard mal fondé en sa demande en nullité de cession comme portant sur la clientèle médicale. Tel est ce jugement qui fait l'application de principes juridiques certains : rien ne s'oppose à la vente d'une clinique et à la rémunération de l'obligation de faire consistant en soins et démarches. (*Répertoire de médecine et de chirurgie.*)

Blessures par imprudence.

La 10e chambre correctionnelle vient de juger, sous l'inculpation de blessures par imprudence, un dentiste non diplômé, qui était poursuivi dans les circonstances suivantes :

Afin d'arracher treize dents à une de ses clientes sans la faire souffrir, ce dentiste avait eu recours au chlorure d'éthyle, qui anesthésia la glotte de la patiente et permit ainsi à une racine de dent de pénétrer dans le poumon. Cette racine occasionna une broncho-pneumonie, dont la malade ne se débarrassa qu'en expectorant, dans une quinte de toux, le corps étranger qui avait pénétré dans le poumon.

Le tribunal a condamné le prévenu à un mois de prison avec sursis ; 5 000 francs de dommages-intérêts ont été alloués à la partie civile.

REPORTAGE MÉDICAL

Deuxième Congrès International d'Hygiène scolaire.

(Londres, 5-10 Aout 1907) *Comité Français.* Le deuxième des Congrès internationaux d'hygiène scolaire, qui doivent se succéder à trois ans d'intervalle, se tiendra à Londres, du 5 au 17 août 1907 Il sera certainement aussi important que l'a été le premier de ces Congrès qui a eu lieu à Nuremberg du 4 au 9 avril 1904, et qui a réuni 1.200 personnes venues des diverses régions du monde civilisé.

Il convient que la France soit beaucoup plus largement représentée au Congrès de Londres qu'elle ne l'a été au Congrès de Nuremberg, non seulement par des délégations officielles, mais aussi par de nombreux adhérents à titre privé. Notre pays à le devoir de prendre une large part au mouvement de rénovation de l'hygiène de la jeunesse des écoles si intense dans toutes les nations cultivées.

Au Congrès de Londres, des sections particulières s'occuperont des questions suivantes : Hygiène des bâtiments et du mobilier scolaire ; Hygiène des Internats ; Méthodes de recherche de l'hygiène scolaire ; Programmes scolaires ; Enseignement de l'hygiène aux maîtres et aux élèves; Education physique des enfants et des jeunes gens ; Ecoles spéciales pour enfants anormaux ; Hygiène de la jeunesse en dehors de l'école ; Hygiène du corps enseignant ; Sujets divers.

Des rapports destinés à être discutés en séances plénières ou en séances de section seront faits sur des sujets particulièrement intéressants ou des questions urgentes d'hygiène scolaire et de pédagogie physiologie. De nombreuses communications seront également lues et discutées dans les sections.

La Ligue des Médecins et des familles pour l'hygiène scolaire a été chargée par le Comité permanent des Congrès internationaux d'hygiène scolaire et par le comité d'organisation du Congrès de Londres, de former un comité francais. Elle a constitué un Comité de patronage et un Comité d'action dont vous trouverez plus loin la composition. En leur nom, nous venons vous prier instamment de donner votre adhésion au Congrès de Londres et de lui promettre votre collaboration.

Les Sociétés qui s'occupent d'hygiène sociale ou d'enseignement sont tout particulièrement invitées à adhérer et à se faire représenter officiellement au Congrès de Londres.

Dès maintenant vous pouvez verser la cotisation réglementaire de 25 francs entre les mains du Trésorier français, M. le Dr J.-Ch. Roux, 46, rue de Grenelle, Paris, et vous faire inscrire pour une ou plusieurs communications devant les sections.

Il importe, pour la prompte élaboration du programme, que le titre des communications proposées soit communiqué le plus tôt possible au Comité de Londres.

Des réductions importantes seront certainement consenties par les Compagnies de chemins de fer anglais et français et par les Compagnies de navigation. Le Comité de Londres assurera le logement des Congressistes suivant leur désir.

Des cartes spéciales du prix de 10 francs permettront aux dames d'assister aux séances plénières et aux réunions, réceptions et parties de plaisir organisées à propos du Congrès.

Pour le Comité français d'action :

Dr A. Mathieu, Président, 37, rue des Mathurins.
Dr R. Dinet, Secrétaire général, 11 *bis*, rue Cernuschi (XVIIe).

Comité de patronage. — Président d'honneur : M. Bienvenu-Martin, ministre de l'Instruction publique.

MM. Chaumié, ministre de la Justice, ancien ministre de l'Instruction publique ; A Ribot, de l'Académie française, député, ancien ministre ; G. Leygues, député, ancien ministre ; Léon Bourgeois, sénateur, ancien ministre ; Pierre Baudin, député, ancien ministre ; Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris ; E. Lavisse, de l'Académie française, directeur de l'Ecole normale supérieure ; Rabier, directeur de l'enseignement secondaire au ministère de l'Instruction publique ; Gasquet, directeur de l'enseignement primaire. G. Lanson, professeur à la Faculté des lettres de Paris ; Frank Puaux, membre du Conseil d'administration de l'Ecole alsacienne, Jules Gautier, inspecteur général de l'Instruction publique ; le professeur Debove, doyen de la Faculté de médecine ; le professeur Bouchard, membre de l'Institut ; le professeur Brouardel, membre de l'Institut ; les professeurs Chantemesse, Grancher, Hutinel, Landouzy. Pinard, Pozzy, de la Faculté de médecine de Paris ; le professeur J. Courmont, de la Faculté de médecine de Lyon ; le professeur de Nabias, de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Comité d'action.—Président: M. le Dr Albert Mathieu, président de la ligue des Médecins et des familles pour l'hygiène scolaire. Vice-présidents : MM. X. Léon, directeur de la *Revue de métaphysique et de morales* ; Bougier, professeur au Collège Rollin. Membres : MM. Gréhange, Normand et Malapert, professeurs de l'Université ; Gory, docteur ès lettres, chef d'institution ; les docteurs Le Gendre, Méry, A. Siredey et Mosny, médecins des hôpitaux de Paris ; le Dr Blondel, chef de l'Office des renseignements de la Sorbonne ; le Dr Gaiier-Boissière, du *Musée pédagogique* ; le Dr Granjux, secrétaire général du Syndicat de la presse médicale ; le Dr L. Gourichon, président de la Société des médecins inspecteurs des écoles de la ville de Paris. Secrétaire général : M. le Dr R. Dinet, 11 *bis*, rue Cernuschi. Trésorier : M. le Dr J.-Ch. Roux, 46, rue de Grenelle.

Seizième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

(Lille, 1-7 août 1906). — Le XVIe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française doit se tenir à Lille du 1er au 7 août 1906, sous la Présidence de M. le Professeur Grasset, de Montpellier.

Travaux scientifiques et Excursions. — Rapports et discussions sur les questions choisies por le Congrès de Rennes.

a) *Psychiatrie.* — Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés.
Rapporteur : M. le Dr M. Dide, de Rennes.

b) *Neurologie.* — Le cerveau senile.
Rapporteur : M. le Dr A. Leri, de Paris.

c) *Médecine légale.* — La responsabilité des hystériques.
Rapporteur : M. le Dr R. Leroy, d'Evreux.

Communications originales sur des sujets de Psychiatrie et de Neurologie.

Présentation de malades, de pièces anatomiques, de préparations microscopiques.

Visite des asiles d'aliénés de : Bailleul, Armentières, Lommelet, Saint-Venant.

Réceptions officielles et banquets.

Visite de l'Exposition internationale de Tourcoing.

Visite des principaux édifices et monuments de la Flandre française.

Excursions sur les côtes de la Manche et de la Mer du Nord (ports, plages, sanatoria).

Voyage en Angleterre.

Avantages et Conditions. — Une réduction sur le tarif des voyages sera demandée aux Compagnies de chemins de fer.

Des démarches seront faites auprès des principaux hôteliers et restaurateurs en vue d'obtenir une réduction sur leurs prix habituels.

Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents.

2° Des membres associés (sur la présentation d'un membre adhérent).

Les Asiles d'aliénés inscrits aux Congrès seront considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront : avant le Congrès, les trois rapports désignés ; après le Congrès, le compte-rendu des séances.

Le Président,
Dr J. Grasset,
Professeur de Clinique médicale
à l'Université de Montpellier.

Le Secrétaire Général,
Dr G. Chocreaux,
Médecin en Chef de l'Asile public
d'Aliénés de Bailleul (Nord).

Le régime de l'alcool. — La commission extra-parlementaire des alcools, vins et spiritueux, qui avait été instituée par M. Rouvier, s'est réunie en assemblée plénière au ministère des finances et a voté les conclusions de ses sous-commissions.

Ces conclusions envisagent la *législation fiscale, les alcools dénaturés*, et enfin le *contrôle hygiénique de l'alcool, des vins et spiritueux.*

Après avoir énuméré les remèdes d'ordre social de l'alcoolisme, tant au point de vue préventif qu'au point de vue curatif, la commission définit ainsi le contrôle hygiénique qui devra être exercé :

Les vins offerts à la consommation publique seront naturels et ne comporteront l'adjonction de matières étrangères que dans les limites fixées par un règlement d'administration publique.

Dans le cas où l'examen chimique aura lieu, il sera toujours suivi d'un examen dégustatif, qui sera confié à des experts dégustateurs.

Les alcools de consommation ne devront pas contenir de quantité pondérable d'alcool méthylique (c'est-à-dire que l'analyse chimique ne devra pas déceler, dans ces alcools, la présence de l'alcool méthylique autrement qu'à l'état de traces).

Il y a lieu d'interdire l'emploi des essences artificielles pour la fabrication des boissons alcooliques.

Les ravages de l'opium. — Le ministre de la Marine, ému des ravages faits par l'opium dans les ports militaires, se préoccupe des mesures à prendre en vue d'en supprimer l'usage. D'accord avec le ministre de l'Intérieur, il a invité les autorités maritimes à s'entendre avec les autorités administratives pour en empêcher la vente, sauf pour les usages pharmaceutiques, et amener la fermeture des fumeries.

Depuis quelques années, les fumeries d'opium se sont multipliées dans les ports d'une façon fort inquiétante ; les fumeurs sont de plus en plus nombreux et emploient tous les moyens pour se procurer le poison. (*Tribune médicale.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Roustan, de Creil (Oise), membre du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3 place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année — N° 17 — 29 AVRIL 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un devoir de reconnaissance

La direction du *Concours Médical* entend ne pas faire de politique générale dans le journal. Cependant il y a une politique qui lui tient à cœur, celle de la défense professionnelle ; et sans prendre parti, elle doit rappeler à ses lecteurs qu'un certain nombre de députés ont apporté au Corps médical pendant la dernière législature leur appui le plus entier et le plus effectif dans la défense de ses revendications.

La simple reconnaissance nous oblige à rappeler leurs noms à nos confrères, au moment des élections, ce sont Messieurs :

Amodru (Seine-et-Oise). — Barthou (Basses-Pyrénées). — Berteaux (Seine-et-Oise). — Paul Bertrand (Marne). — Bourély (Ardèche). — Bichon (Maine-et-Loire). — Briand (Loire). — Cazeneuve (Rhône). — Chapuis (Meurthe-et-Moselle). — Dèche (Lot-et-Garonne). — Defontaine (Nord). — Ch. Deloncle (Seine). — Dejeante (Seine). — Devins (Haute-Loire). — Dron (Nord). — Dubief (Saône-et-Loire). — Dubuisson (Finistère). — Empereur (Savoie). — Lachaud (Corrèze). — Marot (Charente). — Poulain (Ardennes). — Sembat (Seine). — Simonet (Creuse). — Simyan (Saône-et-Loire). — Surcouf (Ille-et-Vilaine). — Vaillant (Seine).

ERRATA

(N° 16, 22 avril).

Page 284, 2e colonne, ligne 36, au lieu de 4.250 francs, lire *1.250 francs*.

Page 284, 2e colonne, art. : LES REVENDICATIONS DU CORPS MÉDICAL, par le Dr Vimart, lire : *Dr Vimont*.

Page X (correspondance hebdomadaire), ligne 9, au lieu de 4 francs, lire : *le prix de 4 visites*.

LA SEMAINE MÉDICALE

Relations entre un accident de travail et une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

M. le Dr JULLIARD, de Genève, a fait dans la *Médecine des accidents du travail* une étude sur les relations qui lui paraissent exister quelquefois entre les accidents du travail et les attaques de rhumatisme articulaire aigu. D'après l'examen approfondi que l'auteur a fait de onze cas, il a pu formuler les conclusions suivantes :

1° L'origine traumatique d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu franc est possible. Sa démonstration ne repose que sur des probabi-

lités, la preuve absolue faisant encore défaut.

2° La nature du traumatisme est variable. Il s'agit, le plus souvent, d'entorses, de luxations, de contusions, de fractures intra-articulaires, etc.

L'influence d'une plaie peut être admise, mais il semble qu'on ne puisse lui attribuer, jusqu'à présent, qu'une action indirecte.

Par contre, l'influence isolée d'un effort paraît jusqu'ici peu probable, mais ne doit pas être considérée comme absolument impossible.

3° Il n'est pas nécessaire que le traumatisme n'ait porté que sur une articulation. Il faut admettre que s'il a porté sur une diaphyse ou sur le tronc, il peut déterminer l'apparition de l'attaque.

4° Le fait que la maladie a débuté par l'articulation lésée par l'accident, est très important et en faveur de la relation entre les deux phénomènes.

5° Cette relation sera probable, si la jointure blessée ne se guérit pas entièrement dans l'intervalle qui sépare l'accident du début de la maladie. Le fait que le blessé a repris son travail pendant cet intervalle rend cette relation douteuse.

6° Cet intervalle doit être court ; si possible ne pas dépasser quelques jours. Plus il sera court, plus la relation sera probable.

7° Un accident du travail peut être rendu responsable de lésions résultant de la récidive d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, si cette récidive se produit dans des conditions analogues à celles qui sont requises pour une première attaque.

8° Il ne faut pas négliger, dans l'application des causes qui ont amené l'attaque, l'examen des circonstances concomitantes à l'accident (transport du blessé en transpiration dans un local humide, etc.) susceptibles d'augmenter les présomptions en faveur de l'origine accidentelle de la maladie.

La radiothérapie dans les épithéliomes de la peau.

D'après une étude de MM. R. Martial et Leredde, dans la *Revue des maladies cutanées*, la radiothérapie peut devenir la méthode de choix : quand le malade repousse l'opération, quand la perfection des résultats esthétiques à obtenir entre en jeu, mais seulement quand on est certain d'éviter toute infection profonde.

Tous les épithéliomes cutanés, même la forme spino-cellulaire, que Darier avait cru devoir écarter du traitement par les rayons X, sont curables par la radiothérapie, exceptés : les épithéliomes très étendus, les épithéliomes à évolution rapide ;

La question du traitement radiothérapique du mélanome est à réserver ;

La radiothérapie est contre-indiquée dans le cancer de la langue et celui des lèvres ;

De plus, il y a nécessité d'employer des doses relativement fortes et un traitement prolongé, même après la guérison apparente.

Valeur propre du sommeil provoqué en psychothérapie.

M. le Dr Bérillon a fait ressortir, à la dernière séance de la *Société d'hypnologie et de psychologie*, l'importance psychothérapique du sommeil provoqué. « Dans bien des cas, dit-il, la production de l'hypnose, en dehors de toute suggestion, peut suffire à ramener le calme, à équilibrer l'état mental.

« Un vieil adage enseigne que « la nuit porte conseil » ; en réalité, ce n'est pas la nuit qui rend ce service, ce sont certains états intermédiaires entre la veille et le sommeil profond. Quand nous sommes déjà plongés dans un état passif assez accentué, nous acquérons le pouvoir de monoïdéiser, c'est-à-dire de concentrer notre attention avec plus de force sur telle ou telle idée déterminée, il en résulte que nous y pensons avec plus de force. Nous utilisons à son maximum notre pouvoir de réflexions, de sorte que nous arrivons à des notions plus exactes et plus précises que lorsque notre pensée est contrariée par les influences extérieures qui viennent à la distraire. A d'autres points de vue, la sédation qui résulte du sommeil provoqué constitue un état favorable pour l'accomplissement des fonctions de la vie organique. Ainsi, il m'arrive fréquemment de limiter le traitement psychothérapique à des séances de sommeil provoqué. Ces séances constituent des sortes de haltes venant interrompre la dépense exagérée de l'activité nerveuse. Par leur durée limitée, elles permettent à l'énergie de s'accumuler. On peut les comparer *aux résistances* qui, placées sur le trajet de courants électriques, permettent d'en doser le débit et d'en limiter la dépense. »

Psychologie de la voix.

D'après M. le Dr Demonchy, voici comment on doit comprendre la psychologie de la voix :

La voix comporte à la fois un appareil de phonation, de résonance et de vocalisation. Elle exprime différemment les émotions, suivant qu'elle est parlée, chantée, criée ou chuchotée. La voix chaude est captivante, entraînante, productive d'émotion ; la voix froide est plate, productive d'ennui. Cette distinction des voix chaudes et des voix froides est fondée non seulement au point de vue physiologique, mais aussi au point de vue thermométrique. Des expériences de calorimétrie respiratoire donnent les résultats suivants: l'air expiré avec la bouche largement ouverte donne 29° et, avec la bouche presque fermée, 21° *â* long donne 28°, *a* bref 24° ; la voix de poitrine, 28°, la voix de tête 25°. Pour transformer les voix froides en voix chaudes, il faut émettre le son avec la bouche largement ouverte : une voix chaude ou froide, au point de vue thermométrique, sera parallèlement chaude ou froide au point de vue psychologique.

Conséquences névropathiques de la loi sur les accidents.

M. le Dr Henry Chaput, chirurgien de Lariboisière, a étudié récemment dans la *Médecine des accidents du travail* les conséquences névropathiques de la législation actuelle des accidents du travail et il a résumé son étude dans les quelques lignes suivantes :

Tout traumatisme violent produit deux sortes d'effets : 1° des lésions locales, portant sur les os ou les parties molles ; — 2° une action complexe sur le système nerveux.

Il arrive fréquemment que, malgré la guérison

complète des lésions locales, le blessé reste absolument impuissant à travailler, par suite d'accidents nerveux plus ou moins sérieux.

Je laisserai de côté les accidents nerveux qui surviennent à une époque très rapprochée de l'accident, tels que le shock traumatique, l'anémie cérébrale, les délires nerveux variés causés par l'alcoolisme, l'infection, l'action toxique des médicaments ou des anesthésiques ; je veux seulement m'occuper ici des accidents de *névrose traumatique*, qui évoluent bien après le traumatisme. Dès que le blessé commence à se remettre de son accident, il entrevoit les conséquences qui peuvent en résulter, telles que : pertes des fonctions d'un membre ou d'un organe important : privation de salaire habituel, misère pour lui et pour les siens. Cette perspective l'attriste, affaiblit sa force de résistance et le prépare à la névrose traumatique.

« L'espérance de l'indemnité possible entre en même temps en cause. Bientôt, cette indemnité passe à l'état d'idée fixe et devient une véritable obsession ; le blessé ne pense qu'à elle et aux moyens de l'obtenir aussi élevée que possible. Il en résulte qu'il considère avec chagrin les signes de retour prochain à la santé , car, pour lui, la guérison trop rapide,c'est la perte de l'indemnité espérée, c'est l'augmentation de la misère occasionnée par un long chômage. Le blessé ne fait donc rien pour améliorer son état ; il se complaît, au contraire, dans la contemplation de ses infirmités ; il ne fait aucun effort pour assouplir ses articulations, pour revigorer ses muscles : de cette façon, l'état psychique du sujet réagit défavorablement sur la lésion locale, dont il retarde la guérison.

« La névrose traumatique se prolonge souvent bien longtemps après le jugement ; certains blessés escomptent la revision ou l'appel et cette attente prolonge les conditions favorables aux accidents nerveux. La plupart des autres blessés guérissent, mais au bout d'un temps plus ou moins long ; quelques-uns ne guérissent jamais à cause de leur mauvaise hygiène, ou par paresse, ou par vice.

« A tous on pourrait rendre un grand service, en les obligeant à faire un séjour de quelques semaines dans un établissement organisé pour le traitement des affections nerveuses. Ne serait-il pas possible de forcer les blessés à se soigner, en leur accordant tout d'abord une rente ; l'indemnité-capital pourrait leur être délivrée ensuite,sur la présentation d'une attestation qu'ils ont fait un séjour suffisant dans un établissement spécial. Je livre cette idée à ceux qui sont en situation de la faire aboutir, convaincu que je suis des excellents résultats qu'on peut en attendre. » En résumé :

« La loi de 1898 est provocatrice d'accidents fréquents et graves de névrose traumatique, en rendant désirable la persistance de l'incapacité jusqu'au jour du jugement ; en empêchant le blessé d'exercer ses organes ; en le condamnant à l'oisiveté, aux dettes, à la misère, à l'alimentation insuffisante, aux préoccupations déprimantes, pendant un temps plus long que ne le comporterait l'évolution naturelle des blessures.

« Pour éviter ces inconvénients, il suffirait de *rendre le jugement dès que le blessé est redevenu* capable de travailler, d'accorder le demi-salaire jusqu'au jour du jugement. — Les Tribunaux devraient avoir le droit d'imposer la conversion en capital de toutes les rentes inférieures à 100 francs. Je souhaiterais, en outre, que le rachat fût autorisé pour les rentes s'élevant jusqu'à 500 francs.

« Je demande, enfin, que l'indemnité capital ne soit pas délivrée aussitôt le jugement, mais seulement après un séjour suffisant dans un établissement de cure pour les affections nerveuses. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE.

Diagnostic et traitement des adénites tuberculeuses de la face et du cou.

Parmi les malades de la salle Saint-Landry, — presque tous tuberculeux, — vous avez constaté la présence de plusieurs hommes atteints d'adénites tuberculeuses du cou. Cela m'engage à vous parler de cette localisation — très fréquente, vous le savez — de la tuberculose, dont il importe que vous connaissiez bien les principales formes cliniques, le diagnostic et le traitement.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 29 ans, chez qui apparut, il y a dix mois, à la région sterno-mastoïdienne moyenne, une tuméfaction assez profonde. Celle-ci se développa peu à peu vers l extérieur et, à un moment donné, l'infection tuberculeuse ayant intéressé la peau, une ulcération et une fistule s'ensuivirent ; à la longue, la suppuration s'est tarie et l'ulcération a fait place à une cicatrice irrégulière, déprimée, recouverte d'une croûte brunâtre. Il y a cinq semaines, une lésion analogue, une autre « glande » se montra dans la région sus-hyoïdienne, à égale distance du maxillaire inférieur et de l'os hyoïde ; elle évolua de la même manière : toutefois, sur ce point, la fistulisation est maintenant en pleine activité et l'on trouve là un guêpier de cinq ou six petits orifices qui conduisent dans une cavité anfractueuse, d'où sort un liquide séro-purulent avec de nombreux grumeaux. Il se produira évidemment à ce niveau, lorsque la guérison sera obtenue, une cicatrice semblable à celles de la région sterno-mastoïdienne. Le malade ne tousse pas et, cependant, il y a de la matité aux deux sommets. Cette observation vous montre un premier type de tuberculose ganglionnaire du cou : le type ulcéreux évoluant vers des cicatrices irrégulières et déprimées.

Notre deuxième malade est un jeune homme de 19 ans, offrant les apparences d'une bonne santé. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, s'est développée chez lui, à la région sus-hyoïdienne, une saillie arrondie, non douloureuse, dure d'abord,

molle et fluctuante ensuite. La tuméfaction en question n'est pas réductible, elle ne s'accompagne d'aucun signe de lésion du maxillaire ou des dents, ce qui permet d'éliminer le diagnostic d'abcès secondaire à une altération osseuse ou dentaire. On ne découvre, de plus, aucun autre ganglion dans le voisinage, aucune adénopathie sterno-mastoïdienne en particulier. L'examen de la poitrine est négatif. Ce cas est un exemple — assez rarement observé — d'adénite tuberculeuse « mono-ganglionnaire », et à siège sus-hyoïdien.

Notre troisième malade est une jeune fille de 20 ans qui, depuis deux ans, a fait successivement des adénopathies sous-maxillaires et sterno-mastoïdiennes du côté gauche.

Contrairement aux adénites des malades précédents, celles-ci ne se se sont pas terminées par suppuration ; elles se sont indurées et nous constatons aujourd'hui, à la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne, à gauche, une masse de la grosseur d'un petit poing, multilobée, dure, de consistance fibreuse : c'est la forme indurée, fibromateuse, multilobée, de la tuberculose ganglionnaire cervico-faciale. Chez cette malade également, l'examen de la poitrine est négatif.

Cela dit, j'aborde maintenant l'objet principal de cette leçon, c'est-à-dire le diagnostic et le traitement.

Vous devrez faire le *diagnostic* des adénites tuberculeuses de la face et du cou, d'une part avec les tumeurs proprement dites de la région, d'autre part avec les adénopathies non-tuberculeuses.

A) *Diagnostic avec les tumeurs de la région.*

Les adénopathies tuberculeuses peuvent intéresser tous les ganglions — et ils sont nombreux, — *de la face et du cou. A la face, ce sont* les ganglions qui accompagnent quelquefois l'artère faciale (adénites géniennes.) Vous trouverez aussi des adénopathies soit dans le prolongement massétérin de la parotide, soit dans la loge parotidienne elle-même.

A la région parotidienne, il vous faudra distinguer l'adénite des néoplasmes de la glande parotide. C'est chose facile, en général. La tumeur parotidienne est un peu étalée, alors que l'adénopathie est arrondie ; la tumeur parotidienne est ferme et n'a pas de tendance à la suppuration, alors que le ganglion tuberculeux se ramollit volontiers; les tumeurs de la parotide, enfin, surviennent chez des sujets d'un certain âge. Ce dernier caractère, cependant, n'est pas absolu : j'ai soigné et opéré dernièrement, à l'hôpital Dubois, une jeune femme de 25 à 30 ans, qui était atteinte d'une tumeur mixte parotidienne et ce n'est qu'au cours de l'opération que j'ai vu qu'il ne s'agissait pas d'adénopathie.

Au cou, vous devrez différencier l'adénite des tumeurs suivantes : le lipome, les tumeurs musculaires, les kystes thyroïdiens, les kystes congénitaux, les anévrysmes carotidiens, les abcès froids ossifluents.

Le lipome se reconnaît aisément : c'est une masse indolore, de consistance molle, d'évolution excessivement lente.

Les kystes thyroïdiens se développent aux dépens soit du lobe médian, soit des lobes latéraux ou des lobes aberrants du corps thyroïde, en des points divers, par conséquent, de la région cervicale. Ils sont, quelquefois, franchement arrondis et peuvent simuler les adénites.

Les kystes thyroïdiens s'élèvent et s'abaissent à chaque mouvement de déglutition ; mais il est des ganglions adhérents au conduit laryngo-trachéal, qui présentent le même signe. Vous vous baserez sur l'évolution insidieuse, froide, lente du kyste, sur son unicité, alors que l'adénite est généralement multiple, s'associe à d'autres tuméfactions ganglionnaires de la chaîne sterno-mastoïdienne, du creux sus-claviculaire, de l'aisselle, etc.

Vous penserez, chez les enfants, aux kystes congénitaux, dermoïdes ou séreux. Le kyste dermoïde a un siège particulier, en rapport avec les fentes branchiales, et une marche très chronique. C'est, en outre, une tumeur unique, chose assez rare — comme je viens de vous le rappeler — lorsqu'il s'agit d'adénite. Pour les kystes séreux congénitaux ; le volume et la consistance feront le diagnostic.

Le diagnostic se pose parfois avec les anévrysmes carotidiens. Il est des adénopathies, adhérentes à l'artère carotide, qui sont, pour ce motif, animées de battements. Pour vous guider, vous rechercherez « l'expansion » de la tumeur, qui vous fixera immédiatement. N'oubliez pas que les battements ne constituent pas le caractère principal de l'anévrysme : les symptômes essentiels de ce dernier sont le souffle et l'expansion de la poche.

Les abcès froids ossifluents venus d'un os de la face, des apophyses transverses ou des corps vertébraux cervicaux, de la clavicule et de la base du crâne, peuvent faire saillie au creux sus-claviculaire et être pris pour des ganglions ramollis. Toutefois, ils sont légèrement réductibles lorsqu'on les refoule vers leurs points de départ. Ils coïncident, de plus, avec des points osseux malades, que vous reconnaîtrez à la palpation.

Lorsque l'adénite tuberculeuse a suppuré et a donné lieu à une ulcération avec fistule du cou ou de la face, vous aurez à établir le diagnostic avec une autre série d'affections : les fistules dentaires, les ulcères syphilitiques tertiaires, les ulcères actinomycosiques et les épithéliomas ulcérés.

En présence d'une ulcération avec fistule sus-hyoïdienne, peu éloignée du maxillaire inférieur, pensez toujours à la possibilité d'une fistule dentaire. J'insiste sur ses fistules para maxillaires, supérieures ou inférieures ; j'ai présent à l'esprit le cas d'un malade que plusieurs curetages de son trajet fistuleux n'avaient pas amélioré et qui guérit aussitôt après l'ablation d'une dent, saine en apparence, mais douloureuse à la pression et dont la racine était malade.

Vous éliminerez sans grande difficulté les ulcérations syphilitiques tertiaires et les gommes du sterno-mastoïdien. Les gommes musculaires sont plutôt aplaties qu'arrondies et on trouve à leur niveau des plaques de myosite, étalées, indurées, indolentes.

L'actinomycose, dont on parle tant et que l'on voit si peu à Paris, devra vous venir à l'esprit L'ulcération actinomycosique ressemble beaucoup à l'ulcération tuberculeuse. Sa sécrétion est différente : c'est un pus « jaunâtre » qui contient des actinomyces, alors que la sécrétion tuberculeuses est séreuse et renferme des grumeaux blanchâtres.

Je ne ferai que signaler les épithéliomas ulcé-

rés de la peau ou des glandes parotides. L'induration de la tumeur, les hémorrhagies, etc., vous permettront de les reconnaître.

B) *Diagnostic avec les adénopathies non tuberculeuses.*

Il ne suffit pas d'établir le diagnostic d'adénopathie cervico-faciale, il faut en préciser la nature, car toutes les adénites chroniques ne sont pas tuberculeuses.

On a décrit, il y a une vingtaine d'années, une adénite chronique simple, irritative, que l'on attribuait aux altérations dentaires, au frottement des cols : on avait en vue surtout les adénopathies sous-maxillaires chroniques, observées chez les militaires. Or, de nombreuses recherches faites sur cette affection, les inoculations, principalement, ont montré qu'il s'agissait de tuberculose, dans la majorité des cas, du moins. On peut donc dire que, s'il existe, chez les individus qui ont de mauvaises dents, des adénites chroniques simples, généralement ces adénites sont tuberculeuses. D'ailleurs, aujourd'hui, on est arrivé à cette idée que « tous les enfants » ont des ganglions tuberculeux en quelque point de leur organisme : cette conception se dégage, en particulier, des discussions du dernier Congrès de la tuberculose.

Une autre variété d'adénite chronique de la face et du cou, est l'adénite syphilitique, primaire, secondaire ou tertiaire.

L'adénopathie primaire est consécutive à un chancre labial ou facial : elle est constituée par plusieurs gros ganglions, très indurés, qui ont une courte évolution.

L'adénopathie secondaire se voit ordinairement avec des plaques muqueuses de la région bucco-pharyngée. Chez les sujets prédisposés, elle se transforme quelquefois en adénite tuberculeuse, ainsi que Ricord l'a montré, il y a déjà longtemps. J'ai souvent noté cette évolution chez des malades de l'hôpital Ricord.

L'adénopathie syphilitique tertiaire, c'est-à-dire les gommes des ganglions, sont rares.

Le lymphadénome des ganglions du cou peut simuler l'adénite tuberculeuse. Parfois, en effet, le lymphadénome débute au niveau des ganglions cervicaux et il n'envahit qu'ensuite le reste du système lymphatique. Vous le reconnaîtrez au volume considérable qu'atteint l'adénopathie, au facies pâle du malade, à l'examen du sang riche en globules blancs, à l'évolution rapide de la maladie vers la cachexie, etc.

Il existe une forme de tuberculose ganglionnaire, qui, plus spécialement, simule le lymphadénome : c'est le « lymphome tuberculeux ». Nous en avons eu un exemple tout récemment chez un jeune homme de 24 ans, réformé, pour cela, du service militaire. Dans les deux régions sterno-mastoïdiennes, il présentait des paquets énormes de ganglions, adhérents profondément. Le facies était assez pâle. Il n'y avait pas de lésions pulmonaires appréciables. L'opération et l'examen histologique démontrèrent qu'il s'agissait bien de tuberculose.

Les adénopathies néoplasiques sont généralement secondaires à des tumeurs cancéreuses du pharynx, de la langue, du larynx ou de l'estomac (ganglion sus claviculaire de Troisier). Peut-être existe-t-il des néoplasmes primitifs des ganglions du cou : on pense, actuellement, que les cas publiés sous ce nom étaient des épithéliomas branchiaux.

Je vous signale enfin, en passant, pour terminer ce diagnostic différentiel, les adénopathies actinomycosiques.

Au point de vue du *pronostic*, vous ferez une distinction suivant que votre malade est un enfant ou un adulte. Chez l'enfant, le pronostic peut être bon : n'est-il pas convenu, d'ailleurs, que « tous les enfants » ont quelque part des ganglions tuberculeux ? On a même prétendu que la présence de ces ganglions créait une véritable vaccination et préservait les petits malades de tuberculose pulmonaire ultérieure, ce qui est évidemment une erreur.

Chez l'adolescent et l'adulte, les adénites tuberculeuses sont plus graves, et elles s'associent communément à des lésions de tuberculose pulmonaire ou articulaire. Le pronostic dépend de la variété microbienne en cause : il est des adénites tuberculeuses éphémères qui guérissent assez bien et disparaissent sans que, à la vérité, nous sachions r ellement pourquoi.

Il existe un *traitement préventif* de l'adénite tuberculeuse, qui consiste à soigner toutes les lésions susceptibles de créer des adénopathies simples. Vous savez combien les affections nasales, naso-pharyngiennes (tumeurs adénoïdes), buccales, dentaires et cutanées (du cuir chevelu) donnent facilement naissance à des adénopathies de la face et du cou. Tous ces états morbides doivent faire l'objet de soins appropriés, qui constituent une véritable prophylaxie de l'adénite tuberculeuse. Il faut opérer les végétations adénoïdes, traiter les dents malades, ne pas laisser le cuir chevelu se recouvrir de croûtes ou de plaies, agir, en un mot, sur toutes les altérations du territoire lymphatique desservant les ganglions de la face et du cou et qui donnent lieu à cette micro-polyadénite si fréquente chez les enfants des villes.

Le *traitement curatif* le plus important de l'adénite tuberculeuse cervicale est la *thérapeutique médicale*, qui s'adresse à l'état général souvent mauvais de ces malades, à la scrofule. Vous conseillerez *le séjour au bord de la mer*, dans un climat chaud, à l'abri des vents ; une médication phosphorée interne, le sirop iodo-tannique phosphaté, l'huile de foie de morue, le cacodylate de soude. Voilà le vrai traitement à recommander lorsque vous verrez apparaître une adénite tuberculeuse, à plus forte raison si les ganglions tendent à se ramollir et à s'ulcérer.

Le *traitement chirurgical* ne prend rang qu'après la cure médicale. Il lui est inférieur et doit seulement s'y ajouter, dans certains cas. Les *injections interstitielles de substances modificatrices*, huile iodoformée, naphtol camphré, chlorure de zinc à 1/20, thymol, etc., ont été, à un moment donné, très en vogue. A entendre quelques auteurs, elles guérissent toutes les adénites, sans cicatrices ! En réalité, les résultats qu'elles procurent sont beaucoup moins brillants : nous avons tous vu, au contraire, des ganglions qui n'avaient aucune tendance apparente à se ramollir, suppurer à la suite d'injections interstitielles très bien faites. Si vous y avez recours, n'oubliez pas d'y joindre une bonne cure médicale. D'une manière générale, je le répète, je n'en suis pas partisan, excepté dans l'abcès froid ganglionnaire, lorsque

e ganglion est transformé en une poche purulente bien froide. L'abcès froid ganglionnaire, qui n'a pas la virulence de l'adénite tuberculeuse ordinaire et qui ne se complique pas comme elle de périadénite, retire des avantages indéniables de l'évacuation suivie d'injection modificatrice.

Un traitement plus chirurgical de l'adénite tuberculeuse, c'est l'*extirpation*. Elle a été proposée avec insistance, dès que l'antisepsie est apparue et quelques opérateurs, désireux d'obtenir une guérison complète, ont pratiqué de grandes incisions, allant de la mastoïde à la clavicule, pour enlever tous les ganglions cervicaux intéressés ! Disons-le immédiatement, cet enthousiasme n'a pas duré ; il a été un peu calmé, dans la suite. Les avantages attribués à cette méthode (ses partisans déclarent qu'elle évite la suppuration, les cicatrices vicieuses et la généralisation) ne sont pas absolument réels. Quelle que soit la longueur de l'incision, on laisse toujours, en effet, quelques ganglions infectés. La cicatrice opératoire, d'un autre côté, est énorme, elle a volontiers tendance à devenir kéloïdienne, ce qui n'est pas très goûté, vous le comprenez, des malades, des jeunes filles principalement. Autre inconvénient : les récidives sont relativement fréquentes, quelques mois après l'extirpation. On a signalé encore parmi les suites opératoires, la généralisation tuberculeuse, la granulie. Je ne parle pas des accidents de l'opération, qui sont rares : les blessures vasculaires et nerveuses sont assez facilement évitables ou remédiables ; on prendra bien garde, toutefois, au facial, dans les extirpations pratiquées dans la loge parotidienne.

Pour toutes ces raisons, les chirurgiens ont un peu changé d'avis à propos de l'extirpation. Celle-ci n'est actuellement indiquée que dans les cas suivants : quand il y a un seul ganglion, comme chez notre second malade ; quand il y a adénites dures, fibreuses (ganglions de guérison), volumineuses et non compliquées de péri-adénites, comme chez notre troisième malade. Les fibromes tuberculeux en question n'ont pas de tendance à se caséifier : ils sont justiciables de l'extirpation, si l'état général du patient est bon (l'opération serait bien inutile chez un tuberculeux avancé). Les résultats sont alors satisfaisants, sauf ce qui concerne la cicatrice, qui reste quelquefois disgracieuse et saillante.

Pour ce qui est du curetage des fistules et des foyers suppurants, c'est une pratique de nécessité toujours forcément incomplète. Quant à la radiothérapie, qui fait merveille pour tout, il faut attendre des observations probantes.

En résumé, la thérapeutique des adénites tuberculeuses du cou est dominée par la cure médicale, à laquelle on associera, dans quelques circonstances déterminées dont je viens de parler, l'extirpation des ganglions.

Deux mots, enfin, sur le *traitement des cicatrices*. Vous avez vu, sur l'un de nos patients, ces cicatrices spéciales, gaufrées, déprimées, irrégulières, souvent kéloïdiennes et toujours disgracieuses. Y a-t-il quelque chose à faire pour rétablir l'esthétique de la région ? Vous pourrez pratiquer l'excision de la cicatrice, sa résection, et chercher à obtenir une cicatrice opératoire linéaire et régulière, soit au moyen des sutures endodermiques, soit à l'aide des griffes de Michel qui ne laissent pas les traces du fil.

Cependant, ne promettez pas trop. Chez une jeune fille atteinte de cicatrices étalées, résultant d'adénites tuberculeuses éteintes depuis dix ans, j'ai fait l'excision de ces cicatrices, avec toutes les précautions opératoires et post-opératoires possibles ; j'ai eu, malgré cela, une cicatrice kéloïdienne. Sachez qu'il en est facilement ainsi ; au bout d'un certain temps il est vrai, la kéloïde s'atténue par l'enplâtre de Vigo ou par des scarifications.

S'il s'agissait de remédier à une cicatrice tuberculeuse très déprimée, vous pourriez avoir utilement recours aux injections de paraffine, comme je l'ai fait dans un cas publié au Congrès de chirurgie de 1901.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

THÉRAPEUTIQUE

Communication sur l'Iodipine-Merck

Par le Dr von Eichstorff (Smyrne).

L'Iodipine est une combinaison chimique de l'iode avec l'huile de sésame. Elle est fabriquée à deux concentrations : l'Iodipine à 10 0[0 et celle à 25 0[0 d'iode. Pour faciliter son administration, la préparation à 25 0[0 est aussi mise en capsules de 1 gr.

Tandis que l'Iodipine à 10 0[0 est employée à l'intérieur, surtout dans les affections des organes respiratoires (bronchite, asthme bronchique, emphysème, dyspnée), les auteurs font ressortir l'efficacité des injections d'Iodipine à 25 0[0 dans les affections de nature grave où l'iode est indiqué, particulièrement dans la syphilis tertiaire, le psoriasis, le tabes, les affections scrofuleuses, dans l'anévrisme, l'artériosclérose, les coliques saturnines, la sciatique et les affections articulaires ou gonorrhéiques. En ce qui me concerne, j'ai expérimenté d'abord l'administration buccale de l'Iodipine chez trois de mes malades.

Le premier cas que j'ai traité concerne un jeune homme de 23 ans, très scrofuleux et en outre syphilitique, que j'ai dû opérer par iridectomie, pour obvier aux suites d'une affection syphilitique de l'iris. Il portait au-dessous de la verge, entre les corps caverneux, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, élastique, survenue sans douleur. Il s'était soumis à plusieurs traitements sans succès et, lorsqu'on voulut l'opérer, il vint me voir. Il a pris pendant à peu près six semaines l'Iodipine, d'abord à petites doses, ensuite 3 fois par jour 15 grammes. Il s'est complètement guéri, sans aucun symptôme d'iodisme.

2° Une dame de 40 ans, affectée d'un grand gonflement, très douloureux à la pression, avec impossibilité de poser le pied sur le sol, le tarse étant le double de la circonférence du pied indemne, avec rougeur et fluctuation près de la malléole externe.

Cette affection lui était survenue sans aucun incident mécanique. Elle avait été soignée par plusieurs médecins avant de s'adresser à moi. Je lui ai immobilisé la jambe et le pied malades dans un appareil plâtré ; j'ai commencé le traitement avec l'Iodipine à petites doses, augmentant graduellement, jusqu'à 3 fois par jour dix grammes. Après six semaines, elle était complètement guérie, marchant sans béquilles.

3° Une dame turque, âgée à peu près de 30 ans, avait une inflammation très douloureuse, du

médius de la main droite avec grand gonflement et fluctuation. Elle a été traitée de la même manière, par l'immobilisation de l'articulation et par l'Iodipine à forte dose ; elle s'est complètement guérie, sauf ankylose du doigt.

Ce qui m'a le plus frappé, c'est que l'iode sous cette forme ne donne aucun symptôme d'iodisme. Considérant les résultats favorables obtenus avec l'Iodipine, je crois pouvoir recommander ce médicament en toute confiance. Son action mérite d'être étudiée de très près, car, à mon avis, aucune préparation iodée ne présente les avantages multiples de l'Iodipine. Dès à présent, j'en fais usage dans tous les cas de ma pratique qui sont susceptibles d'un traitement par l'iode.

HYDROLOGIE

L'Entérocolite muco-membraneuse observée à Châtel-Guyon.

(Extrait d'une communication présentée au VII[e] Congrès international d'Hydrologie, tenu à Venise le 10 octobre 1905).

On enseigne que les cas d'entérocolite muco-membraneuse *a forme diarrhéique* guérissent plus difficilement à Châtel-Guyon que les cas *avec constipation*, tandis qu'il en est inversement à Plombières (1).

La clinique vient-elle corroborer ces indications thérapeutiques ?

J'ai eu à traiter, à la station de Châtel-Guyon, un certain nombre d'entérocolites à forme diarrhéique. — Chez ces malades, la diarrhée s'était installée d'emblée à la suite d'une série de chocs nerveux provoqués par des chagrins, des ennuis, etc. — Les selles quotidiennes nombreuses (4 et plus) étaient formées de matières molles, quelquefois liquides, *jamais moulées*, avec ou sans lientérie, et s'accompagnaient de glaires, de fragments de membranes lisses, brillantes et blanchâtres, parfois de sable intestinal. — Le besoin d'aller, pressant, était précédé de douleurs plus ou moins vives. Il existait toujours des *troubles dyspeptiques* divers et variables (appétit capricieux, boulimie ou anorexie, digestions pénibles douloureuses, etc.), et des *troubles névropathiques très accentués*. — Enfin, le côlon était très douloureux, surtout l'angle gauche, qui était le siège de douleurs atroces, presque continues, avec exacerbation quelques heures après le repas. — A la moindre pression, l'intestin entrait en contraction. — Le foie n'était pas hypertrophié.

Le traitement hydro-minéral de Châtel-Guyon, appliqué à ces malades qui, depuis 2 et 3 ans, avaient 4 et 5 selles diarrhéiques, m'a donné des résultats remarquables : du 6[e] au 15[e] jour, les malades n'avaient plus qu'une selle unique et moulée, sans glaires ni muco-membranes, tandis que s'amendaient les symptômes nerveux et les troubles digestifs. Tous ont quitté la station dans un état des plus satisfaisants.

L'amélioration constatée persiste, si les causes qui ont fait naître l'affection ne surviennent plus.

(1) Société de Thérapeutique Séance du 11 janvier 1905.

De loin en loin, un écart de régime, un refroidissement, des ennuis, peuvent engendrer de petites crises de courte durée qui témoignent d'une faible irritabilité nerveuse persistante ; mais après un temps variable, la santé se rétablit.

Il existe une entérite *avec fausse diarrhée* qu'il ne faut pas confondre avec la précédente. Elle est caractérisée par des selles liquides dans lesquelles se rencontrent des scybales ou des fragments de scybales et des muco-membranes, survenant surtout immédiatement après les repas. Ces selles, que j'ai trouvées très acides, sont expulsées avec sensation de brûlure et de cuisson anale.

Cette entérite est de même ordre que l'entérite avec constipation franche, dont je vais m'occuper maintenant ; la cure hydro minérale agit sur elle de la même façon que sur cette dernière.

— Est-il vrai, comme on le dit encore, que le traitement hydro-minéral de Châtel-Guyon ne convienne pas aux nerveux excitables, *sujets aux douleurs, aux constipés hypersthéniques gastriques et gastro-intestinaux, aux spasmodiques* ?

Je divise les entéritiques constipés que j'ai eu à traiter en deux classes : ceux chez lesquels les débuts de l'affection étaient très anciens et ceux, plus nombreux, qui étaient atteints depuis moins de quatre ans. Les premiers se plaignaient surtout d'une constipation opiniâtre avec muco-membranes abondantes, quelquefois du sable intestinal, et d'une névropathie plus ou moins accentuée, caractérisée par des phénomènes nerveux dépressifs d'ordre neurasthénique. Il était difficile de diagnostiquer chez ces malades l'hypersthénie gastro-intestinale ou l'hyposthénie, car si les digestions étaient lentes, elles étaient douloureuses parfois, et le côlon, tantôt spasmodique, tantôt complètement atone.

Mais, les entéritiques de date plus récente se sont présentés dans d'autres conditions : 90 fois sur 100, j'ai rencontré, chez ces malades : une dyspepsie hypersthénique typique, caractérisée par des crises gastriques douloureuses débutant 2, 3, 4 heures après les repas et la nuit, de minuit à 1 h. (chez quelques uns), — une distension de l'estomac — une constipation spasmodique avec coprostase (souvent, j'ai trouvé l'S iliaque dur comme du bois) — une acidité exagérée du suc gastrique. — Trois de mes malades m'ont apporté les résultats de l'analyse de leur suc gastrique faite quelques jours avant leur départ pour Châtel-Guyon. Voici un de ces résultats :

M. Bo..., 24 ans, étudiant en droit.

Liquide abondant (plus de 135 cc.), fluide, mal émulsionné.

Variations de la concentration : 0,04217 ; peptones abondantes ; résidu coloré.

$A = 199$; $H = 80$; $C = 154$; $T = 34$; $F = 87$;

$\frac{AH}{C} = 77 \quad \frac{T}{F} = : 3,68.$

Conclusions : suc gastrique hyperchlorhydrique et hyperacide (Winter).

Mêmes résultats pour les deux autres.

C'étaient des nerveux excitables, qui se plaignaient de douleurs vives le long du tractus intestinal, à l'épigastre, dans le dos, entre les omoplates, etc.

Chez ces hypersthéniques, le traitement hydrominéral a supprimé les crises gastriques dans les huit premiers jours, un peu plus tard les muco-

membranes, *puis la constipation*. Vers la fin de la cure, on pouvait constater l'atténuation du spasme colique et de la distension gastrique, et une très grande amélioration des troubles nerveux.

Que sont les résultats éloignés de la cure des hypersthéniques ?

L'amélioration, constatée déjà à la station, persiste longtemps après, s'accentue même. Il m'est difficile, on le comprendra, de dire combien de ces malades restent améliorés ou guérissent, car nous les perdons de vue après la cure. Cependant, d'après les renseignements, que plusieurs confrères m'ont donnés sur les malades qu'ils m'avaient adressés, je puis affirmer que les résultats sont excellents.

Il résulte de cette étude que *les entéritiques hypersthéniques gastriques et gastro-intestinaux, spasmodiques et nerveux excitables, guérissent très bien à Châtel-Guyon, plus vite même et mieux que les atones, les torpides, les hyposthéniques*, d'après mes observations.

L'opinion soutenue, jusqu'ici, que seuls les derniers malades doivent profiter avec grands avantages de la cure de Châtel-Guyon, est basée surtout sur la présence hypothésique du chlorure de magnésium dans nos eaux, et sur la propriété que possèdent les solutions de ce sel, d'exciter la contractilité des muscles lisses et la sécrétion des glandes (Laborde). Or, l'eau de Châtel-Guyon n'est pas une solution pure de chlorure de magnésium : c'est un liquide dans lequel se trouvent réunies des molécules diverses (magnésium, potassium, sodium..., radicaux acides, etc.) qui mettent en jeu, d'après des lois à peine ébauchées encore, leurs capacités attractives ou répulsives, et créent des propriétés particulières bien différentes de celles qui résulteraient de l'accouplement deux par deux (chlore et magnésium, par exemple) de ces molécules.

Conclusions.

Le traitement hydro-minéral de Châtel-Guyon convient aux malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse, *quelle que soit la forme de cette affection.*

La division des entéro-colitiques en diarrhéiques ou constipés hypersthéniques, spasmodiques nerveux excitables, justiciables surtout de la cure de Plombières, et en constipés hyposthéniques, atones, justiciables surtout de Châtel-Guyon, me paraît sans fondement. Mes observations démontrent que les malades qui appartiennent à la première catégorie guérissent à Châtel-Guyon *plus facilement que les autres.*

Dr H. P. Bayrac,

Professeur agrégé des Facultés de médecine, Médecin consultant aux eaux de Châtel-Guyon.

ETUDES ET PROJETS

Dans quel sens faut-il reviser la loi Roussel ?

Créée au lendemain de nos désastres, parallèlement à la réfection de notre outillage militaire, moral et intellectuel, la loi Roussel ou loi du 23 décembre 1874 était destinée, en principe, à combler les vides de la néfaste guerre de 1870 en préparant une génération forte et robuste.

Cependant, combien longues et difficiles à mûrir sont les semences de cette nature dans un terrain dont il a fallu tout d'abord extraire les plantes parasites et nuisibles : l'*ignorance*, la *routine*, la *superstition*, véritable chiendent de nos cités urbaines et localités rurales.

C'est à peine si depuis une dizaine d'années le grand public commence à s'intéresser à la protection infantile.

Le Congrès de Lyon, en 1894, mit en lumière la nécessité d'apporter à la loi Roussel un certain nombre de modifications, telles que la suppression, à l'article premier, du terme *moyennant salaire*, et de remplacer dans le même article l'expression « hors du domicile de ses parents » par celle hors du *domicile de ses père et mère* ; dans l'article 5, de rendre *obligatoire* et non facultative l'*inspection médicale* ; dans l'article 7 de rendre plus effective la *responsabilité des parents*, et, dans l'article 8, d'*assurer le salaire des nourrices.*

Le Congrès de l'année suivante, qui eut lieu à Bordeaux, affronta résolument la question parallèle de la *protection physique*. Et n'est-ce pas à la clinique de notre éminent confrère et ami, le professeur agrégé, M. le Dr *Rousseau-Saint-Philippe*, que nous admirâmes ce service des *Consultations de nourrissons* appelé aux plus brillants résultats et qui a pris depuis une si grande extension sous l'active propagande du professeur Budin ?

Le Congrès international de Genève, en 1896, a démontré l'utilité des *commissions cantonales* pour l'instruction et l'éducation des mères nourrices. Enfin la loi du 27 juin 1904 a posé les jalons de la protection obligatoire des enfants naturels secourus temporairement.

Lorsque, le 19 octobre 1899, je fus invité à la réunion provoquée par le *Concours médical* en vue d'étudier la revision de la loi Roussel, je ne me contentai point de prononcer des palabres plus ou moins dissertes, mais d'apporter des *faits probants* et *vécus* résultant d'un travail que j'avais élaboré sur le service de la protection des enfants du premier âge, dans un département qui avait reçu, de 1879 à fin 1898, près de *cent mille enfants*, j'ai nommé l'Eure-et-Loir.

Ces renseignements, que je reproduis ci-après, exercèrent la plus grande influence sur la décision de mes collègues de la Commission, et je suis convaincu qu'ils produiront le même effet sur les délibérations de notre chère Société internationale pour l'étude des questions d'assistance.

I. —*Statistique générale.*

Du 1er janvier 1879 au 31 décembre 1898, le département d'Eure-et-Loir a inscrit sur les registres de la protection des enfants du premier âge 94.375 enfants répartis en 47.239 garçons et 47,140

filles,dont 66.075 légitimes et 28.300 illégitimes. Sur ce nombre de 94.375 enfants,34.446 ont été élevés au sein,et 59.929 nourris artificiellement. 70.397 appartenaient à la Seine ; 18.171 à Eure-et-Loir, et 5.827 à d'autres départements. De ces 94.375 nourrissons,11.060 sont décédés,donnant le pourcentage de 9,4 pour les légitimes et 17,1 pour les illégitimes.

Le nombre des légitimes est allé sans cesse en décroissant. De 39.000 dans la première décade 1879 à 1889, il est descendu à 28.000 de 1889 à 1899. Par contre, le nombre des illégitimes, qui s'élevait à 12.000 dans la première décade atteignait 17.000 dans la seconde, conséquence toute naturelle des unions libres de la capitale, principalement dans les quartiers ouvriers de Belleville, Grenelle, La Chapelle, Montmartre, Montparnasse et le faubourg du Temple.

La division par groupes d'âge nous fait connaître plus exactement les époques des décès :

Groupes.	Légitimes.	Décès.	°/°	Illégitimes.	Décès.	°/°
Ier 0 à 4 j.......	22.620	2.720	12	4.400	580	10
IIe 5 à 9 j..	10.380	1.100	10	3.680	640	18
IIIe 10 à 19 j.....	7.140	1.120	15	8.040	1.460	19
IVe 20 à 30 j.. ..	3.520	360	10	4 320	880	20
Totaux du premier mois	43.660	5.300	12	20.440	3.560	17

Pourcentage général de 0 à 30 jours : 8.860 × 100 : 64.100 = 14.

Groupes.	Légitimes.	Décès.	°/°	Illégitimes.	Décès.	°/°
Ve 31 à 60 j.....	4.060	380	9	4.880	620	13
VIe 61 à 150 j....	4.800	340	7	4.200	440	10
Totaux du 1er mois révolu au 5e............	8.860	720	8	9.080	1.060	11

Pourcentage général du premier mois révolu au cinquième :

1.780 × 100 : 17.940 = 10

Groupe.	Légitimes.	Décès.	°/°	Illégitimes.	Décès.	°/°
VIIe 151 à 365 j.	3.280	140	4	2.280	140	6

Pourcentage général du 5e mois révolu à 12 mois :

280 × 100 : 5.560 = 5.

Pourcentage de 0 jour à 1 an :

Légitimes........ 6.160 × 100 : 55.800 = 11
Illégitimes....... 4.760 × 100 : 31.800 = 14 1/2

Pourcentage général de 0 jour à 1 an :

10.920 × 100 : 87.600 = 12,6.

Groupe.	Légitimes.	Décès.	°/°	Illégitimes.	Décès	°/°
VIIIe 266 à 730 j.	4.530	60	1 1/2	2 245	89	3

Pourcentage général de 1 an révolu à 24 mois :

140 × 400 : 6.675 = 2 p. 100.

Ainsi la mortalité s'est élevée :

Dans le premier mois à 12 p. 100 pour les légitimes et 17 p. 100 pour les illégitimes ;

Du premier mois révolu au cinquième 8 p. 100 pour les légitimes et 11 p. 100 pour les illégitimes ;

Du cinquième mois révolu au douzième 4 p. 100 pour les légitimes et 6 p. 100 pour les illégitimes ;

De un an révolu au vingt-quatrième mois 1 1/2 p. 100 pour les légitimes et 3 p. 100 pour les illégitimes.

Si nous rapprochons ces résultats de ceux figurant au rapport du ministre de l'Intérieur pendant l'année 1900, nous constatons fort peu de différence.

Les *96.670* enfants placés ont fourni *13,495 décès = 13.80 p. 100.*

En Eure-et-Loir, de 187 à 1899 = 94,375 enfants placés ont fourni *11.060 décès = 12.40 p. 100.*

L'alimentation au sein a diminué considérablement. tant en Eure-et-Loir que dans les autres départements.

De 1879 à 1889, elle comptait en Eure-et-Loir 20.362 enfants.

De 1889 à 1899, elle comptait en Eure-et-Loir 14.074 enfants.

Tandis que pour toute la France elle s'élevait, pendant l'année 1900, à 35.342 sur l'ensemble de 96.670.

Quant aux causes de mortalité, ma statistique d'Eure-et-Loir ne diffère pas essentiellement de celle établie par les soins du Ministère de l'Intérieur pour l'année 1900.

	Eure-et-Loir.	*France entière.*
Maladies gastro-intestinales.........	4.369	4.971
— respiratoires..............	1.400	1.656
— nerveuses...............	1.102	1 580
— par débilité congénitale..	704	785
— éruptives................	394	335
— par mort violente........	21	85
Autres causes.......................	200	908
Causes inconnues.................	2.870	3.305
Totaux des décès....	11.060	13.495

II. — *Inspection médicale.*

L'inspection médicale ayant été organisée par arrêté du préfet d'Eure-et-Loir le 15 juillet 1881 et fonctionnant depuis le 1er janvier 1882 (sept ans après la promulgation de la loi et cinq ans après celle du Règlement d'administration publique), il a été fait jusqu'au 31 décembre 1888 145.073 visites à 15.654 enfants, d'où une moyenne de 9 visites par unité.

Le service étant réparti entre 65 circonscriptions, un tiers de celles-ci n'a pas répondu au questionnaire durant ces sept ans. Les deux autres tiers ont fourni des renseignements tellement incomplets que je n'ai pu en tirer une indication utile sur l'inspection médicale.

De 1889 à 1895, 16.985 enfants ont fait l'objet de 130.800 visites, soit 7 visites par enfant. et, de 1895 à 1898, 7.245 enfants ont reçu 72.873 visites, portant ainsi la moyenne par enfant à 10 visites.

On ne peut donc se fier aux rapports des médecins inspecteurs pour ce qui concerne le nombre des enfants présents dans les circonscriptions, puisque sur l'ensemble de 94.375, s'étendant sur un cycle de 20 ans, le quart à peine, soit 24.130, figure sur les rapports précités.

III. — *Rapports des maires.*

Les rapports des magistrats municipaux ne se distinguent les uns des autres que par la gamme d'incohérence et de fantaisie.

Il ne m'a été possible que d'en tirer cette conclusion que l'immense majorité des maires igno-

rait ou mieux se désintéressait absolument de l'application de la loi du 23 décembre 1874.

IV. — *Rapports des juges de paix.*

MM. les juges de paix déclarent — lorsqu'ils daignent émettre des observations, ce qui est rare — que la vérification dans leur cabinet des registres des maires présente trop souvent des lacunes, des fantaisies dans les déclarations ou transmissions d'avis, de façon que l'enfant échappe trop longtemps à la surveillance administrative et médicale. Les magistrats cantonaux se plaignent de ce que les formalités prévues, tant par la loi que par le règlement d'administration publique, soient traitées par-dessous la jambe quand elles ne sont pas éludées. Dès lors, les nourrices et les parents, voyant le peu d'importance que l'autorité municipale attache à leur application, s'en désintéressent à leur tour.

IV. — *Commissions locales.*

Les commissions locales instituées en 1878 par un arrêté préfectoral, s'élevaient quatre ans plus tard à 103. Leur nombre est allé en diminuant, au point qu'à mon arrivée en Eure-et-Loir, en 1896, il n'était plus que de 10, dont 5 se réunissaient assez régulièrement. Deux seulement, celles de *Chartres* et de *Châteaudun*, fonctionnaient d'une façon parfaite.

VI. — *Comité départemental.*

Le Comité départemental, entré en fonctions le 6 avril 1877, a tenu chaque année deux séances : la première au mois de février, pour se prononcer sur les récompenses proposées ; la seconde en juin, pour entendre le rapport de l'inspecteur départemental.

VII. — *Inspection départementale.*

L'Inspection départementale n'est pas chargée de la partie administrative. Mais elle procède à des tournées spéciales pour lesquelles le département vote tous les ans un crédit de mille francs *payé sur mémoires.*

Il nous sera facile, après cet exposé général, de nous rendre compte : *Ab uno disce omnes* :

1° Que la loi du 23 décembre 1874 a escompté trop largement le zèle et le dévouement des maires ;

2° Que les registres des maires ni la vérification platonique des susdits registres par les juges de paix, n'ont pas exercé une influence notable sur la marche du service ; que les avis de placement aux médecins par les maires ne leur sont donnés que très irrégulièrement, encore moins les avis de retrait, et moins encore ceux des décès ;

3° Que la responsabilité des médecins-inspecteurs en est par cela même très amoindrie, et j'ajouterai même presque nulle ;

4° Que les commissions locales ont peu à peu disparu par suite des motifs qu'invoquait, le 30 janvier 1885, le ministre de l'Intérieur dans son rapport au Président de la République :

« *Le manque de loisirs chez les personnes qui pourraient faire partie de ce comité, la crainte d'encourir l'inimitié des gens avec lesquels on se trouve et avec lesquels on doit rester en relations obligées, avec lesquels on vit pour ainsi dire porte à porte.* »

Est-ce que les mêmes causes ne pourraient être invoquées comme circonstances atténuantes par les maires et les médecins-inspecteurs ? Les premiers, soucieux de leur réélection, et les seconds, soucieux de ne pas froisser leur clientèle ?

Je me range d'autant plus à cette idée, qu'ayant exercé les fonctions de médecin-inspecteur dans un département nourricier par excellence, *Seine-et-Oise*, j'ai vu pâlir mes bonnes relations avec les maires chaque fois que je les priais de vouloir bien me tenir au courant des placements, ainsi que des mutations des nombreux enfants envoyés dans ma circonscription cantonale de *Limours-en-Hurepoix* ; sans compter les inimitiés toujours dangereuses au village, des mégères et faiseuses d'anges lorsque je réclamais le retrait des nourrissons.

Et puis, il faut bien le dire, étant donnés les ennuis de toute sorte qui incombent au médecin-inspecteur dans l'état actuel d'*ignorance* des nourrices, le *mauvais vouloir des secrétaires* de mairie, et l'*indifférence* des parents au sujet du paiement des honoraires, il ne s'occupe plus de ce service dès qu'il est parvenu à se faire une situation. Aussi ne trouve-t-on plus guère aujourd'hui de zèle et de dévouement que chez les débutants non encore pourvus de clientèle et qui sollicitent cette fonction.

Et cependant, il ne *saurait exister de protection efficace sans le concours du médecin.*

Que faire alors ? Le remède n'est pas introuvable. Il consiste en ces trois facteurs : ne *lui donner une circonscription que dans le rayon de son domicile* ; le *rémunérer suffisamment de sa peine* et *de son temps*, et *n'exiger de lui que le minimum d'écritures.*

Que ce soit comme préservateur des maladies populaires, ou en qualité d'éducateur de la santé publique, le médecin constitue de nos jours une nécessité sociale, en se dévouant progressivement et sans à-coup à l'évolution de l'homme vers une vie physique bien équilibrée.

Sauver surtout le plus grand nombre d'existences, puisqu'il serait platonique, en l'état économique actuel de notre pays, de provoquer des naissances plus nombreuses, assigne à l'hygiène sociale, science de l'avenir, le premier rôle dans la protection du premier âge, et ce rôle ne peut être bien rempli que par le corps médical.

Laissons-le donc tout entier à sa noble mission, sans l'astreindre à des servitudes administratives auxquelles d'ailleurs ses études ne le disposent en aucune façon.

Si l'on exige — ce qui me paraît très rationnel en la circonstance — une comptabilité infantile, des tenues de registres, des rapports, des statistiques, qu'on en charge l'agent compétent, l'*inspecteur de l'Assistance publique* qui, lui, du moins, dans ses tournées, aura vu, observé et retenu, et auquel la loi du 27 juin 1904 a confié la gestion administrative des divers services de l'enfance.

Mais, par grâce, que l'on se décide une bonne fois pour toutes *à soustraire ce fonctionnaire à la tutelle des bureaux de préfecture* paralysant et annihilant son initiative,

Aussi rappellerai-je à ce propos le rapport si clair et si judicieux adressé récemment au ministre de l'Intérieur par l'éminent directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques de France.

« Remettre à l'Inspecteur, sous l'autorité du préfet, la gestion administrative des services de l'enfance, c'est appliquer le principe de la division du travail, principe fécond dans toutes les

branches de l'activité humaine, *c'est préposer à la fonction l'agent compétent.*

« A mérite égal du chef de division et de l'inspecteur, même à mérite supérieur du chef de division, l'inspecteur a sur le chef de division cet avantage, que sa responsabilité est plus engagée; qu'il est en rapport permanent avec les enfants, les nourrices ; qu'il voit et touche les misères à soulager; qu'il est de sa personne, de ses mains, l'ouvrier des réformes, tandis que le chef de division ne peut que compulser les dossiers et préparer les instructions ».

Ces fonctions d'*agent compétent*, l'inspecteur doit les remplir fort de sa conscience, de son devoir, de sa responsabilité, et ne devant compte de sa gestion qu'à son chef immédiat : le préfet.

L'hygiène représentée par le médecin-inspecteur et l'*inspection administrative* comprenant la gestion de tous les services de l'enfance, *dévolue à l'inspecteur départemental*, tel est le sens dans lequel il est indispensable de reviser la loi Roussel.

Quant aux détails, ils découlent tout naturellement de l'examen du service pratiqué depuis un quart de siècle dans un département qui peut être considéré à juste titre comme nourricier de premier ordre par la quantité d'enfants qui y sont placés annuellement.

1° Les trois cinquièmes des enfants étant envoyés en nourrice dans les quatre ou cinq premiers jours de leur naissance, et cela par tous les temps et les conditions les plus défectueuses de transport, prenons les mesures nécessaires afin *de retarder leur départ dans les saisons hivernale et estivale* et de leur assurer tout le *confort et l'hygiène désirables durant leur voyage.*

2° Les quatre cinquièmes des nourrissons provenant des grandes cités et centres d'agglomération importants, instituons dans chaque ville de 20.000 habitants et au-dessus, devant posséder un bureau d'hygiène en vertu de la loi du 15 février 1902; dans chaque chef-lieu de département possédant un hospice dépositaire, ainsi que dans les chefs-lieux d'arrondissement et de canton, *un bureau d'examen* pourvu de l'outillage indispensable *à la consultation de nourrissons*, et où le médecin de service ne *délivrera qu'à bon escient l'exeat* à l'enfant à emporter.

On évitera ainsi cette hécatombe déplorable et indigne de notre siècle de lumière, de nouveau-nés allant grossir le nombre des petites fosses dans les cimetières ruraux.

Du même coup, on protègera les nourrices et leur famille contre la contamination des maladies spécifiques et surtout *tuberculeuses*, ainsi que vient de l'établir le grand et superbe Congrès international de la Tuberculose, à Paris, du 2 au 7 octobre 1905.

3° Les deux cinquièmes des enfants protégés appartenant à la catégorie des illégitimes qui payent le plus fort tribut à la léthalité, appliquons résolument, en cas d'indigence et de non-paiement du salaire mensuel, la *loi d'assistance médicale et indemnisons la nourrice au moyen d'un secours temporaire.*

4° L'alimentation au sein diminuant du fait de la sévérité de la loi, obligeant les nourrices à ne se placer qu'à la condition que leur enfant aura sept mois révolus, abaissons la limite à *quatre mois*, puisque, en réalité, passé cet âge, l'enfant n'est que fort peu exposé *aux affections gastro-intestinales* qui font le plus de victimes.

Enfin, les *enfants secourus illégitimes*, véritables parias de notre civilisation à outrance, doivent *bénéficier de la loi Roussel.*

Frappé de la triste situation qui leur est faite en général, M. le Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques s'est efforcé de l'améliorer dans son commentaire de l'article 7 de la loi du 27 juin 1904.

« L'Administration aura-t-elle fait tout son devoir à l'égard de l'enfant, lorsqu'elle sera arrivée, par l'allocation d'un secours de premier besoin, d'une layette et d'un large subside mensuel, à déterminer la mère à renoncer à l'abandon ? Non. Il lui restera encore, et ceci est très important, à prêter son concours moral et ses conseils à la mère, soit directement, en l'aidant à trouver du travail, soit en lui *donnant des conseils au sujet de l'hygiène et de l'alimentation* ».

N'est-ce pas en vue d'assurer partout cette dernière prescription que M. *Henri Monod* a fait insérer dans le questionnaire de statistique, tableau 9, paragraphe 5, année 1905, la demande suivante : « Les enfants secourus bénéficient-ils, *même lorsqu'ils sont élevés par leur mère*, de l'inspection du service de la protection du premier âge ? »

D'ailleurs, un contrôle des plus sévères, à mon avis, tant par l'inscription d'office sur les listes d'assistance médicale gratuite que sur les registres nos 1 et 2 des mairies, s'impose dans *l'intérêt de l'enfant*, seul but visé par la loi *Roussel* et par la loi du 27 juin 1904 ou *loi Strauss*. A côté des femmes et filles-mères dénuées de toute ressource, il en est d'autres, et je l'ai constaté fréquemment au cours de mes tournées, qui ne voient dans l'allocation départementale qu'un encouragement au chômage pour leurs propres besoins avant de songer à leurs propres petits auxquels elle est destinée.

L'honorable rapporteur du projet de revision, le Dr *Porak*, n'a-t-il pas déclaré, dans une précédente réunion de notre Société internationale, que l'administration départementale était tenue de dire, la loi en main : « Nous vous donnons un secours, mais ce secours doit aller à l'enfant et nous avons, *par conséquent*, *le droit* de nous assurer que le secours va bien à l'enfant et *rien qu'à l'enfant.* »

J'ajoute que, protégeant l'enfant, nous l'attacherons indissolublement à sa mère et, tout en diminuant ainsi l'énorme mortalité *qui pèse* sur l'enfant abandonné, nous apporterons dans la loi même une plus grande somme de justice sociale.

D'ailleurs, en protégeant l'enfant illégitime, n'est-ce pas affaiblir et diminuer le recrutement de nos pupilles de l'Assistance dont la proportion des illégitimes représente les cinq sixièmes du total ?

Mais le rôle du maire, l'action du juge de paix, celle de la commission locale, en quoi vont-ils consister ? Je m'explique. Le maire, débarrassé de tout ennui menaçant sa popularité, deviendra le meilleur intermédiaire de l'inspecteur départemental, sur lequel il se reposera en toute confiance et auquel il sera très aise d'adresser les quémandeuses assiégeant son cabinet.

Son rôle ne consistera que dans l envoi des avis et déclarations de placement, de retrait et de décès après les avoir inscrits sur ses deux registres, laissant, pour le reste, toute responsabilité à l'ins-

pecteur départemental pour les mesures à prendre.

Le juge de paix, étant avantageusement remplacé par ce dernier au sujet du visa et de la vérification des registres, verra son influence augmenter en rendant dans son prétoire les jugements contre les mauvaises nourrices aux lieu et place du tribunal de l'arrondissement, où la faiseuse d'anges passe inaperçue, puisqu elle n'y est pas connue.

Ce qui rehaussera surtout le rôle du juge de paix, ce sera la présidence du Comité de protection, ayant son siège non plus à la commune, *où il existe trop de questions de clocher*, mais au chef-lieu de canton, centralisant déjà les Commissions prévues par les lois des 15 juillet 1893 et 15 février 1902 (assistance médicale gratuite, protection de la santé publique).

Durant les huit années de mon inspectorat en Eure-et-Loir, j'avais réussi à instituer dans la plupart des cantons recevant une population protégée importante, un Comité de dames, dont *faisaient partie de droit* tous les médecins inspecteurs de la région qui *assistaient aux séances*.

C'est au sein de ces Comités cantonaux que, pour mieux les intéresser et leur assurer une place importante dans la loi Roussel, j'avais *élaboré un projet de consultations de nourrissons*.

Ce projet, bien accueilli du Préfet, fut présenté par lui au Conseil général qui le vota en 1902.

La santé de ma femme exigeant le climat du midi, je dus quitter l'Eure-et-Loir sans avoir eu la satisfaction de procéder moi-même à l'installation de la première consultation de nourrissons à Chartres.

Je suis convaincu que le Comité cantonal, ayant à sa base la *consultation de nourrissons*, la meilleure acquisition récente de la loi Roussel, est appelé à donner d'excellents résultats

Le souci de la santé de l'enfant sera assez puissant dans le cœur de la dame visiteuse pour éliminer de son esprit toute préoccupation de rivalité, de jalousie, nuisant au bon fonctionnement de l'œuvre.

Nous voilà donc fixés sur les lignes générales de la revision de la loi concernant les articles 1, 2, 5, 6, 7. 8, 9, 10, 14, ainsi que l'adjonction des articles nouveaux 16 et 17. et que j'ai l'honneur de proposer aux délibérations de mes collègues de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance, et qui, j'en ai le ferme espoir, ne pourront que venir à l'appui des documents fournis par l'éminent rapporteur, M. le Dr *Porak* :

ARTICLE PREMIER.

Tout enfant âgé de moins de deux ans, qui est placé en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de ses père et mère, tout pupille de l'assistance et tout enfant illégitime âgé de moins de deux ans, élevé par sa mère ou les ascendants de sa mère, s'il est secouru par le département, deviennent par ces faits l'objet d'une surveillance de l'autorité publique, ayant pour but de protéger leur vie et leur santé.

ARTICLE 2

Le service des enfants protégés est réglé par le Conseil général. Il est administré par le Préfet, et sous l'autorité du Préfet, par le Directeur de l'Assistance publique dans la Seine, et par l'Inspecteur de l'Assistance publique dans les autres départements.

Dans chaque département, le Préfet est assisté d'un Comité composé comme il suit :

Deux membres du Conseil général désignés par ce Conseil ;

Dans le département de la Seine, le Directeur de l'Assistance publique, et, dans les autres départements, l'Inspecteur de l'Assistance publique ;

Quatre membres, nommés par le Préfet, et pris de préférence parmi les membres du Conseil départemental d'hygiène ou les personnes qui s'occupent de l'enfance ;

Quatre médecins inspecteurs, proposés par le Directeur de l'Assistance publique dans la Seine et l'Inspecteur de l'Assistance publique dans les autres départements, et nommés par le Préfet.

Ce Comité a pour mission d'étudier et de provoquer les mesures à prendre pour assurer le bon fonctionnement du service de protection.

Dans les cantons où l'utilité en sera reconnue par le Préfet, sur la proposition du Directeur de l'Assistance publique dans la Seine et de l'Inspecteur de l'Assistance publique dans les autres départements, un ou plusieurs commissaires pris parmi les femmes s'occupant de l'enfance pourront être chargés de visiter les enfants.

Ces commissaires. nommés par le Préfet, sur la proposition du Directeur de l'Assistance publique dans la Seine et de l'Inspecteur de l'Assistance publique dans les autres départements, ont dans leurs attributions, de concert avec les médecins inspecteurs de la région, membres de droit du Comité cantonal, les *consultations de nourrissons* : enfants protégés, enfants secourus temporairement et pupilles de l'Assistance.

Les commissaires et médecins inspecteurs se réunissent sous la présidence du juge de paix, trimestriellement, et sur la demande écrite du tiers au moins des membres du Comité.

ARTICLE 5

Le Directeur de l'Assistance publique dans la Seine et l'Inspecteur de l'Assistance publique dans les autres départements dirigent et contrôlent le service de la protection.

Ils sont assistés de médecins inspecteurs de nationalité française ou naturalisés française, nommés par le Préfet sur la proposition du Direct. de l'Assistance publique dans la Seine, et de l'Inspecteur de l'Assistance publique dans les autres départements. Ces médecins-inspecteurs exercent les pouvoirs qui sont dévolus pas la loi, et seuls, à l'exclusion de tout autre médecin, ils délivrent dans leur circonscription respective le certificat constatant les aptitudes de la nourrice, ainsi que l'état de salubrité du logement de la nourrice.

Leur rémunération, qui comporte, outre la visite, une indemnité de déplacement s'il y a lieu, ainsi que les frais de tournées sur mémoires du Directeur de l'Assistance publique dans la Seine et de l'Inspecteur de l'Assistance publique dans les autres départements, sont fixés dans chaque département par le Préfet, conformément à l'avis du Conseil général.

ARTICLE 6

Sont soumis à la surveillance instituée par la présente loi : toute personne ayant un nourrisson ou un ou plusieurs enfants en sevrage ou en gar-

de ; toute personne élevant un ou plusieurs pupilles de l'assistance ; toute mère ou autre personne élevant un ou plusieurs enfants illégitimes secourus par le département, ainsi que tous les intermédiaires qui s'emploient au placement des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde.

Le refus de recevoir la visite du Directeur de l'Assistance publique dans la Seine, de l'Inspecteur de l'Assistance publique dans les autres départements, du médecin inspecteur, d'un commissaire de la protection, du maire de la commune ou de toutes autres personnes déléguées ou autorisées en vertu de la présente loi, est puni d'une amende de 5 à 15 francs par le juge de paix.

Un emprisonnement de un à cinq jours peut être prononcé par le tribunal de l'arrondissement sur la proposition du juge de paix, si le refus dont il s'agit est accompagné d'injures ou de violences.

Les parents qui maintiennent leur enfant chez une nourrice dûment interdite sont passibles des mêmes peines.

ARTICLE 7.

Toute personne qui place un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde, est tenue, sous les peines portées à l'article 346 du code pénal, d'en faire dans les trois jours la déclaration à la mairie de la commune où a été faite la déclaration de la naissance de l'enfant ou à la mairie de la résidence actuelle du déclarant, en indiquant dans ce cas le lieu de la naissance de l'enfant, et de remettre à la nourrice ou gardeuse un bulletin contenant un extrait de l'acte de naissance de l'enfant qui lui est confié.

Toute personne qui place un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde, devra fournir, au moment de la déclaration, les garanties du paiement des mois de nourrice, ainsi que des frais de maladie de l'enfant.

Dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, la nourrice devra présenter l'enfant à emporter au médecin chargé du bureau d'hygiène ; dans toute autre ville, possédant un hospice dépositaire des pupilles de l'Assistance publique, au médecin chargé de la consultation ; et dans les autres communes, au médecin inspecteur de la protection du premier âge, qui lui délivrera un certificat que l'enfant est actuellement transportable, qu'il ne paraît atteint d'aucune maladie contagieuse et qu'il doit voyager dans une voiture ou un wagon réservés.

ARTICLE 8.

Toute personne qui veut se procurer un nourrisson, un ou plusieurs enfants en sevrage ou en garde, est tenue de se munir préalablement des certificats indiquant son état civil, de justifier de son aptitude à nourrir ou à recevoir des enfants en sevrage ou en garde, et que son logement est salubre.

Ce dernier certificat ne peut lui être délivré que par le médecin inspecteur de sa circonscription ou à défaut par le médecin inspecteur de la circonscription la plus rapprochée.

Toute personne qui veut se placer comme *nourrice sur lieu* est tenue de se munir d'un certificat du maire de sa résidence, indiquant si son dernier enfant est vivant et qu'il est âgé de quatre mois révolus, ou, s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une autre femme remplissant les conditions qui seront déterminées par le règlement d'administration publique prescrit par l'article 12 de la présente loi.

Toute déclaration ou énonciation reconnue fausse dans les dits certificats entraîne l'application au certificateur des peines portée au § 1er de l'article 155 du code pénal.

ARTICLE 9.

Toute personne qui a reçu chez elle un nourrisson ou un enfant en sevrage ou en garde est tenue, sous les peines portées à l'article 346 du code pénal :

1° D'en faire la déclaration à la mairie de la commune de son domicile dans les trois jours de l'arrivée de l'enfant et de remettre le bulletin mentionné à l'article 7 ;

2° De faire, en cas de changement de résidence, la même déclaration à la mairie de sa nouvelle résidence ;

3° De déclarer, dans le même délai, le retrait de l'enfant par ses parents ou la remise de cet enfant à une autre personne pour quelque cause que cette remise ait lieu ;

4° En cas de décès de l'enfant, de déclarer ce décès dans les vingt-quatre heures.

Après avoir inscrit ces déclarations au registre n° 2, le maire en donne avis :

1° Au maire de la commune où a été faite la déclaration prescrite par l'article 7 ;

2° A l'Inspecteur départemental de l'Assistance publique.

Le maire de la commune où a été faite la déclaration prescrite à l'article 7 en informe, dans le même délai, les auteurs de déclaration de mise en nourrice, en sevrage ou en garde.

L'Inspecteur de l'Assistance publique en avise, dans les vingt-quatre heures, le médecin inspecteur de la circonscription.

Toute personne qui a reçu chez elle un nourrisson ou un enfant en sevrage ou en garde est tenue, sous les peines portées à l'article 330 du code pénal :

1° Si l'enfant n'a pas été vacciné, de le faire vacciner avant le douzième mois révolu de sa naissance ;

2° De prévenir immédiatement le maire de sa résidence, qui en informe d'urgence l'Inspecteur départemental, en cas d'indisposition ou de maladie du nourrisson.

ARTICLE 10.

Il est ouvert, dans les mairies, deux registres spéciaux : le n° 1 pour recevoir les déclarations des parents ou ayants droit, de placement en nourrice, en sevrage ou en garde ; et le n° 2 pour les déclarations des nourrices, sevreuses et gardeuses ayant reçu chez elles un enfant.

Ces registres sont cotés, paraphés et vérifiés sur place tous les ans par le Directeur de l'Assistance publique dans la Seine, l'Inspecteur de l'Assistance publique dans les autres départements, qui adressent un rapport au Préfet et, s'il y a lieu, au Procureur de la République sur les résultats de cette vérification.

En cas d'absence de registres ou de tenue irrégulière de ces registres, le maire est passible de la peine édictée à l'article 50 du code civil.

ARTICLE 14

Les mois de nourrice dus par les parents ou par toute autre personne font partie des créances privilégiées et prennent rang entre les nº 3 et 4 de l'article 2101 du code civil.

Les enfants protégés bénéficieront, en ce qui concerne les salaires des nourrices et les frais de maladie, des droits créés à l'indigent par la loi d'assistance médicale, y compris les dix premiers jours et sans distinction des communes visées par l'article 35 de la loi sur l'assistance médicale gratuite et les nourrices auront droit à un secours temporaire.

ARTICLE 16

Les frais de tournées du Directeur de l'Assistance publique dans la Seine et de l'Inspecteur de l'Assistance publique dans les autres départements, faisant l'objet de mémoires spéciaux, seront à la charge, par moitié, de l'Etat et du département au même rang que les autres dépenses, y compris celles des consultations de nourrissons.

A défaut de vote par le Conseil général des crédits nécessaires à l'exécution de la présente loi, il sera pourvu d'office et par décret à l'inscription de ces crédits au budget départemental.

ARTICLE 17

Tous actes et jugements faits ou rendus en vertu et pour l'exécution de la présente loi, sont délivrés gratuitement et enregistrés gratis lorsqu'il y aura lieu à la formalité de l'enregistrement.

Dr Emile BARTHÈS,

Inspecteur de l'Assistance publique des Pyrénées-Orientales

(Extrait de la *Revue Philanthropique*, nº du 15 mars 1906).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

DÉONTOLOGIE

Une lacune du tarif Jeanne.

Plusieurs fois il nous est arrivé d'être consultés sur des points que le *Tarif Jeanne* n'a pas envisagés. Nos amis du Syndicat du Rhône l'ont fait en particulier sur la question suivante, qui vient d'être agitée à la Société du VIe arrondissement de Paris. Il y a là une base d'appréciation que nous nous empressons de soumettre à nos lecteurs en faisant un petit emprunt à l'intéressant *Bulletin des Sociétés d'arrondissement*.

Comment tarifer les consultations en province ou à grande distance ?

Par le Dr H. DAUCHET (Paris).

Je désire simplement attirer l'attention de la Société médicale du VIe arrondissement sur une question relative au tarif d'honoraires que notre excellent confrère, le Dr Moret, a si heureusement provoquée pour servir de garde aux débutants. Malgré le soin apporté à la rédaction de ce tarif, il s'y est glissé une lacune, je veux parler de la fixation des honoraires pour consultations en province. Personnellement j'ai été appelé plusieurs fois à d'assez grandes distances et n'ai rencontré qu'une seule fois, tout récemment, un refus de payement.

Je dois dire que sur le conseil d'un avocat général de mes parents, j'avais pris la précaution de faire à l'avance mon calcul kilométrique et m'étais basé sur le prix moyen de 3 fr. le kilomètre pour formuler ma note. Bien m'en prit de n'avoir pas taxé arbitrairement, à l'aveugle, dans l'espèce, car je pus montrer par un calcul précis à mon client rébarbatif que j'étais resté dans la juste mesure.

Sans doute la hiérarchie médicale, la situation sociale des appelants, l'intervention du praticien, sont des facteurs qui modifieront forcément les tarifs, mais en tout état de cause, l'entente doit exister entre confrères pour ne pas favoriser l'exploitation médicale par des clients amis comme celui dont je parlais ici même et qui m'offrait de me payer billet d'aller et retour, arguant que mon voyage de 200 kilomètres avait duré 12 heures.

En dehors du tarif kilométrique, trouvera-t-on une autre base d'appréciation ! On a proposé de tarifer les honoraires sur le temps écoulé du départ au retour. J'estime que c'est une erreur profonde, en raison de la rapidité des grands réseaux à opposer aux lignes mal desservies comme les réseaux du centre ou d'intérêt local. Il serait trop commode de prolonger la durée d'un voyage en prenant un train omnibus, malice cousue de fil blanc, comme bien on pense, pour arguer du temps dépensé à la plus-value d'une consultation. A cet égard je me permettrai de rappeler que le professeur Lasègue évaluait ses honoraires à 50 francs l'heure ou à 5 francs le kilomètre variant ainsi suivant les circonstances.

Il va de soi que l'acte chirurgical n'a rien à voir avec le tarif kilométrique représentant simplement le déplacement et les risques courus par le médecin qui s'expose à manquer un accouchement, une intervention lucrative en s'éloignant de la ville où il exerce. Je parle donc simplement d'une appréciation matérielle, d'une indemnité absolument indépendante de la valeur scientique que chacun peut s'attribuer.

S'écarter de cette ligne de conduite me paraît s'exposer à de graves déboires. Rester dans une sage mesure me paraît profitable à la dignité et à l'intérêt professionnel. On hésite moins à appeler un confrère lorsque celui-ci est modéré dans ses prétentions. On s'expose moins ensuite à un refus pénible, à des contestations longues, à des expertises, à des procès, que sais-je !

A cet égard, que l'on me permette en finissant de narrer comment j'eus gain de cause. Mon client ami, ancien magistrat, m'a menacé d'aller jusque en Cassation si je maintenais mes prétentions ; je lui dépêchai mon homme d'affaires qui après une tentative de conciliation dédaigneusement rejetée, menaça ce client ami de l'intervention immédiate du Syndicat des médecins de la Seine, auquel je n'appartenais pas encore. Le lendemain, l'affaire était réglée dans des conditions acceptables, grâce à l'intervention d'un de mes maîtres qui s'était gracieusement interposé,

Je propose donc, Messieurs, d'ajouter un court paragraphe au tarif voté par vous pour le compléter en graduant suivant la classe sociale des appelants le tarif kilométrique à 2, 3 ou 5 francs pour les consultations à grande distance.

M. Guillier fait remarquer qu'en général le prix de ces consultations est fixé d'avance par le consultant, et que c'est une bonne précaution pour éviter toute surprise.

Après discussion, la Société décide d'ajouter au tarif voté l'année dernière un paragraphe fixant les honoraires pour déplacements en province à 3 et 5 fr. le kilomètre (aller et retour).

La Loterie du Corps médical.

Le Président du Syndicat de l'arrondissement de Versailles vient de recevoir la communication ci-dessous qu'il porte à notre connaissance :

Montrouge, 15 avril 1906,

Mon cher confrère,

Je vous communique l'ordre du jour suivant qui vient d'être adopté par la Société médicale du 14e arrondissement, dans sa séance du 2 avril :

« La Société médicale du 14e arrondissement : 1° se rallie à l'ordre du jour adopté par le Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement (Bulletin du 20 mars) à propos du projet de loterie au profit du corps médical.

2° Elit un délégué, le Dr Dardelin, lui donnant pleins pouvoirs pour s'occuper de cette question.

3° Invite les autres sociétés médicales à élire des délégués qui puissent se joindre au sien pour mener à bien ce projet ».

Je vous prie, mon cher confrère, de vouloir bien lire cet ordre du jour, à la prochaine réunion de votre Société. L'idée, j'espère, ralliera tous les suffrages et nous aboutirons certainement en unissant nos effets.

Veuillez agréer, mon cher collègue, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Dardelin.

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

(*Un modèle de circulaire.*)

Guérison de toutes les Maladies du Corps humain

TRAISSARD

HERBORISTE (de Père en Fils)

CONSULTATIONS GRATUITES

TRAITEMENT PAR CORRESPONDANCE

M. TRAISSARD herboriste (de père en fils), se recommande aux personnes malades et les informe **qu'avec des herbes et sans opération,** il traite et guérit tous les maux dont l'énumération suit :

La névralgie, la migraine, la méningite ;

Le mal de dents, l'angine, le scorbut, le croup, le goître et autres affections de la gorge ;

La bronchite, qu'elle soit prise à son début ou passée à l'état chronique ; la pleurésie, l'hydropisie, les affections du cœur et du foie, les hémorragies du nez et de la bouche ; les maladies des reins et de la vessie ; gravelle, rétention, le diabète, l'albumine des urines ; les hémorroïdes, la syphilis, les maladies secrètes (descentes de matrice.)

Les plaies des bras et des jambes ; les humeurs froides ; les douleurs, rhumatismes articulaires, la sciatique, la paralysie, la gastrite, la dyspepsie.

Les maladies de la peau : teigne, gale, eczéma, panaris, dartres, démangeaisons, clous, etc. ; les pertes blanches, la cataracte et tous les maux d'yeux, ulcères des jambes et varices.

L'impureté du sang, c'est la mort ; sa pureté c'est la vie. *Toutes les maladies qui viennent d'être indiquées sont guéries par M.* TRAISSARD sans la moindre opération et par le simple emploi d'herbes ou de pommades composées avec des produits naturels.

Pour le traitement par correspondance, joindre à la lettre qui expliquera la maladie un timbre de de 0 fr. 15 c., destiné à la réponse.

M. TRAISSARD *a reçu des milliers de certificats de guérison.*

N. B. — A vous, Monsieur le Garde des Sceaux, avant le Congrès du 28 mai prochain.

Congrès pour la Répression de l'exercice illégal de la Médecine. Paris, 28-31 mai 1906, 28, rue Serpente (Hôtel des Sociétés savantes).—La lettre suivante vient d'être envoyée à chacun des membres inscrits pour le Congrès. C'est un avis indirect de plus à l'adresse des retardataires.

Paris, le 17 avril 1906,

Monsieur et cher Collègue,

En raison des Elections législatives, nous nous trouvons dans l'obligation de reporter au 29 mai prochain, le Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la Médecine, qui devait avoir lieu du 30 avril au 3 mai, et dont l'ouverture coïncidait avec l'Assemblée de l'Association générale des médecins de France.

Les renseignements qui nous sont parvenus ne nous laissent, en effet, aucun doute sur la difficulté que rencontreraient nos adhérents, en quittant leur circonscription en pleine période électorale.

Ce sera donc du *28 au 31 mai* que nous nous réunirons.

L'impression de nos rapports est terminée et vous recevrez, en temps utile, le volume qui les contient, ce qui vous permettra d'étudier à l'avance les questions qui seront soulevées au Congrès.

Dans le cas où vous auriez le désir de prendre la parole sur quelques-unes de ces questions, nous vous demanderions de vouloir bien nous en donner avis, afin d'assurer le bon fonctionnement des séances.

Nous avons fait des démarches en vue d'obtenir des compagnies de chemins de fer la réduction à demi-tarif. Malheureusement, nous n'avons pas obtenu gain de cause, malgré de très bons appuis et des bienveillances certaines.

Toutefois, sans pouvoir l'affirmer d'une manière formelle, nous espérons obtenir, à titre individuel, ce qui nous a été refusé en tant que groupement. — Nous présenterons à chaque Compagnie une demande de réduction à demi-tarif pour les congressistes qui nous feront connaître leur itinéraire, avant le 25 avril. — Il est bien entendu cependant que nous ne pouvons prendre à *cet égard d'engagement* absolu.

En attendant, monsieur et cher collègue, une occasion nouvelle de correspondre avec vous, je vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments distingués.

Le secrétaire général du Congrès.
Docteur Ch. Levassort,
2, place des Vosges, à Paris.
(Téléphone : 294 05.)

Contre l'exercice illégal de la médecine. — Le gouvernement de la République argentine projette une loi interdisant aux pharmaciens de donner des consultations à leurs clients et de prôner des remèdes prétendus spécifiques ou doués d'une efficacité extraordinaire. La fabrication et la délivrance des produits physiologiques, en particulier des sérums, fera également l'objet d'une réglementation spéciale.

La règlementation de l'exercice de la médecine en Allemagne. — Un spécialiste pour maladies de peau s'était attaché, en qualité d'assistant et de remplaçant, un étudiant en médecine, qui rédigeait ses ordonnances sur des feuillets blancs signés d'avance par le patron. L'un et l'autre ont été assignés récemment devant le tribunal des échevins, sous prétexte que les malades soignés par l'étudiant et qui croyaient se confier aux soins d'un médecin diplômé avaient été induits en erreur. Le confrère fut condamné à deux mois de prison, et l'étudiant à un mois de la même peine. Appel fut interjeté de ce jugement, tant par la partie civile que par le ministère public. Le tribunal d'appel a élevé de deux à trois mois la peine prononcée contre le confrère diplômé et il a acquitté l'étudiant.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le tarif ministériel.

Nous n'avons pas publié toutes les protestations relatives au « *Tarif ministériel de la responsabilité patronale dans les soins médicaux donnés aux victimes du travail* ». C'est un volumineux dossier de récriminations où nous ne pouvons puiser que de temps en temps et dont il nous paraît sage de choisir ce qui résume le mieux les opinions sur lesquelles le corps médical est unanime.

A ce titre, nous reproduisons aujourd'hui l'adresse envoyée par la Société médicale de la Savoie, adresse qui ne contient que des assertions absolument indiscutables, faites pour être entendues et comprises par le gouvernement et même par nos adversaires de bonne foi, les seuls que nous tenions à convaincre.

PROTESTATIONS DES MÉDECINS DE LA SAVOIE.

Les membres du bureau de l'Association des Médecins de la Savoie, réunis le 19 novembre, font, au sujet du « Tarif ouvrier », d'énergiques protestations et envoient les observations et réclamations suivantes :

Il n'entre dans l'esprit d'aucun d'entre eux l'idée de rendre responsables de l'insuffisance des honoraires les délégués des syndicats médicaux à la Commission du tarif des accidents du travail : ces derniers « ont dû s'incliner en effet devant une majorité présentement irréductible ».

***

Nous comprenons bien que ce tarif n'est applicable que dans le cas où l'ouvrier choisit lui-même son médecin et ne vise que les indemnités dues dans ce cas par le chef d'entreprise :

1° Mais n'est-il pas clair qu'il y a là une opposition absolue entre la liberté laissée à l'ouvrier et les entraves apportées à cette liberté ? On dit au blessé : « Vous êtes libre de prendre celui en qui vous avez confiance ». On lui ajoute : « Mais dans ce cas, le patron ne paiera que d'après ce tarif que voici et vous pourrez avoir à régler le supplément » ;

2° De plus, ce cas particulier est une porte grande ouverte par laquelle les Compagnies vont entrer pour généraliser. Elles ne choisiront plus leur médecin, le tarif leur étant avantageux. Ce cas particulier sera le cas général, et le tarif ouvrier, cas spécial, sera devenu à notre insu le tarif des patrons et des Compagnies d'assurances ?

Cette protestation de principe, nous devions la faire. Quant au tarif des honoraires eux-mêmes, il est si insuffisant que nous ne cesserons de protester à son sujet. Dans beaucoup de nos cantons, la clientèle proprement dite n'existe pas ; les malades sont des assistés, des ouvriers ou des mutualistes. Pourquoi s'étonner de voir les médecins de ces cantons parler de tarif de misère et protester aussi énergiquement contre son application.

I. — En aucun pays de Savoie, et de mémoire d'homme, le tarif ouvrier n'a été inférieur *à 2 francs par visite ou consultation* (La Bridoire, 3 francs, La Rochette, 2 fr. 50, Flumet, 3 francs, etc.). Cela tient à ce que ces pays pauvres en ressources pour le médecin ont préféré faire des concessions à ce dernier plutôt que d'en être privés et d'appeler un docteur éloigné.

II. — Pourquoi, d'autre part, une différence entre le *tarif des villes et des campagnes* ? Dans les villes elles-mêmes, pourquoi des différences avec la population ? Nous estimons que les charges sont pareilles : à la campagne, si même la vie n'est pas souvent plus coûteuse, à luxe égal, elle est en tout cas toujours plus pénible et plus féconde en responsabilités.

III. — Le décret ministériel reste enfin muet sur les *frais de transport* et ne parle que de frais de déplacement insuffisants. Et les courses en montagne, si fréquentes chez nous, sont tarifées comme celles faites à la banlieue d'une ville dans un tramway. Or, le tarif officiel peut nous imposer des honoraires réduits : il ne peut nous forcer de perdre notre temps sans aucun profit, ni surtout de travailler à perte. Or, dans nos pays de montagne, nos honoraires de déplacement n'arriveraient pas à nous défrayer de nos frais de transport. De plus, la commune n'existe pas avec sa longue étendue quelquefois : la mairie seule existe et tout deplacement en dehors de la mairie est incomptable. Deux exemples entre cent vont montrer les conséquences de cette manière de voir : dans la commune de Cevins existe une carrière d'ardoises (2,000 mèt.), située à cinq heures de marche à dos de mulet, à partir de la mairie, c'est incomptable. Des forts et blockaus existent sur la commune d'Albertville ; pour arriver au moins élevé de ces ouvrages militaires, construits et entretenus par des ouvriers civils, il faut trois heures de voiture, cinq heures au plus élevé. Tout ce trajet est incomptable d'après le tarif.

C'est dans ces conditions que le patron engagera l'ouvrier à choisir son médecin. Dire qu'un ouvrier blessé et réduit à la misère par un demi-tarif donnera des honoraires supplémentaires au médecin, est un leurre ou une dérision.

Quant au tarif chirurgical, il nous suggère l'idée de combattre à nouveau la tendance qu'ont beaucoup de confrères d'envoyer à l'hôpital tous les blessés par accidents. Tous ceux qui, *sans danger*, peuvent être soignés chez eux, doivent l'être, quitte à faire appel à un ou deux médecins ; le blessé ne réclame pas son hospitalisation, si elle n'est absolument nécessaire. L'hôpital, fait pour les indigents, n'y a aucun intérêt ; le médecin de l'hôpital ou de la commune sont les seuls lésés au profit des intérêts de la Compagnie d'assurances.

Le Secrétaire,
Dr Evrot.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Projets d'entente entre médecins et mutualistes.

M. le Dr Diverneresse rappelait, au dernier numéro du journal, la proposition faite par M. L. Mabilleau à l'Union des Syndicats médicaux d'étudier, en commission mixte, les desiderata du Corps médical : il disait, en même temps, dans

quel sentiment la proposition avait été acceptée récemment.

C'est le moment de montrer que l'opinion de toutes nos Sociétés sur cette question de principe est aussi unanime qu'irrévocablement faite.

Nous ne saurions mieux le prouver qu'en donnant large publicité aux lignes suivantes. Elles ont été écrites par M. Lereboullet qui, dans ces circonstances, s'exprime au nom des 9000 membres de l'Ass. Gén. des médecins de France, et qui ne sera désavoué par aucun d'entre nous.

Association générale de Prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

Paris, le 20 janvier 1906.

A Monsieur le docteur Kahn, président de la Société de la Loire et Haute-Loire,

Monsieur le Président et cher confrère,

Monsieur le Président Brouardel vient de me communiquer, en me demandant de le signaler à votre attention, un numéro de la *Revue de la Prévoyance et de la Mutualité Forézienne* (nos 12 et 13), qui contient les statuts de l'Union Médicale Mutualiste de Saint-Etienne.

Il résulte de ces statuts et des commentaires qui l'accompagnent, que le Bureau de l'Union Médicale désire :

« 1° Réduire les honoraires médicaux à ceux du Tarif des Accidents du Travail, de façon « à faire disparaître les tarifs excessifs souvent imposés aux malades.

2° Imposer au contraire aux médecins de réduire aux chiffres de ce tarif ou à un tarif très légèrement majoré, dans certains cas, les honoraires des visites faites non seulement aux mutualistes, mais encore à tous les membres de leur famille.

3° Limiter le libre choix du médecin, en ne faisant appel, pour le service de l'Union médicale, qu'à un nombre restreint de médecins, choisis suivant l'ordre d'inscription et qui s'engageraient à se suppléer en cas d'absence, à s'assister en cas de consultation, à assurer un service de garde. »

Ces conditions nous paraissent de nature à léser gravement les intérêts et la dignité du Corps Médical.

Le Conseil Général de l'Association et l'Union des Syndicats médicaux considèrent, en effet, le libre choix du médecin par le malade comme une règle absolue et intangible. Ils pensent qu'aujourd'hui surtout, il faut la maintenir rigoureusement et que dès lors, les statuts de l'Union Médicale Mutualiste de Saint-Etienne ne sauraient être acceptés.

Il ne vous échappera pas non plus, mon cher collègue, que l'admission aux soins médicaux des femmes et des enfants des mutualistes va multiplier singulièrement le nombre des visites et grever, dans de fortes proportions, le budget des sociétés de secours mutuels. Il arrivera, dès lors, que l'on diminuera progressivement le taux des honoraires médicaux, ou qu'on les réduira sous divers prétextes.

Quant à la majoration des honoraires du tarif applicable aux accidents du travail, elle est plus apparente que réelle. Ce tarif ne vise qu'une partie des honoraires dus au médecin.

La circulaire ministérielle du 6 novembre 1905 (Bulletin n° 19, page 33) dit en effet : « Le nouveau « tarif officiel ne s'impose pas, comme on a pu parfois « s'y méprendre, aux médecins et aux pharmaciens. « Ils restent, en droit, comme auparavant, entière- « ment libres de débattre la rémunération de leurs « soins ou de leurs fournitures. »

Le tarif ne peut être invoqué par le patron que si celui-ci, n'ayant pas appelé le médecin, il y a contestation sur le chiffre des honoraires et, dans ce cas, le tarif ne visant que les prestations dues par le chef d'entreprise, l'ouvrier blessé restera responsable de la différence et devra au médecin dont il aura fait choix le surplus des honoraires réclamés par celui-ci.

Le tarif établi par l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 ne peut donc, en aucun cas, être invoqué comme un tarif d'honoraires applicable aux membres des sociétés de secours mutuels, patrons ou ouvriers, riches ou pauvres, ni surtout à leur famille.

Le Conseil Général estime qu'il y aurait de graves dangers pour les médecins du département de la Loire de souscrire aux conditions imposées par l'Union Mutualiste de Saint-Etienne. Il vous serait reconnaissant de faire connaître cet avis à tous vos confrères et de lui transmettre d'urgence votre opinion à cet égard.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et cher Collègue, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Le secrétaire général de l'Association,
LEREBOULLET.

BIBLIOGRAPHIE

CURE MARINE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET DE LA NEURASTHÉNIE, par les Drs L. et P. MURAT (Vade-mecum hygiénique et médical de la vie en mer gr. in-8°, 533 pages, avec gravures hors texte et carte spéciale à la navigation de santé); 7 fr. 50 ; Henri JOUVE, éditeur, 15, rue Racine, Paris, 1906.

Les auteurs, qui ont une grande expérience de la navigation, montrent combien cette cure s'est révélée efficace dans la *prétuberculose*, dans la *tuberculose torpide*, dans la *neurasthénie*, etc., combien elle est facile et agréable aux saisons convenables avec les précautions voulues, à bord des très confortables paquebots qui sillonnent nos mers. Les auteurs préconisent spécialement les courtes « cures de vacances » les « saisons » à la mer pour tous les *épuisés* et *surmenés*. pour les *hommes de cabinet et de bureau*, etc. L'existence sur mer n'est du reste pas plus chère que le séjour à la montagne ou dans les villes d'eaux, tout en lui étant, dans ces cas, médicalement supérieure. La pureté absolue des solitudes océaniques, la douceur, la luminosité, la tonicité de l'air du large « l'atmosphère de champagne » suivant l'expression anglaise, des caressantes brises marines, l'aération permanente, le repos physique et intellectuel, le changement de milieu, d'air et de climat assurent une stimulation puissante, une régénération complète et durable de l'organisme que l'on demanderait en vain à des agents médicamentenx, présents ou futurs.

Traité complet de la vie sur mer, ce livre, essentiellement pratique, envisage les diverses régions marines aux points de vue météorologique, sanitaire, thérapeutique, descriptif, étudie les divers types de navires, les indications et contre-indications de la cure, la navigation comme carrière, multiplie enfin, tout au long de ses pages, les conseils relatifs à la vie à bord, à l'emploi des journées, à la technique du traitement, etc. etc. C'est un ouvrage d'une lecture attrayante, qui sera précieux aux malades et aux médecins, et d'autre part aux navigateurs ou passagers, aux yachtsmen, à tous ceux qu'intéresse la connaissance approfondie des choses de la mer.

REPORTAGE MÉDICAL

La loi sur les falsifications alimentaires.— On vient de voter récemment une nouvelle loi condamnant à un emprisonnement de trois mois au moins, à un an au plus et à une amende de 100 francs au

moins, à 500 frs. au plus, ou à l'une de ces deux peines, quiconque aura trompé ou essayé de tromper sur l'origine des marchandises lorsque cette origine, faussement attribuée, devra être considérée comme la cause principale de la vente.

M. Daremberg, dans le *Journal des Débats*, s'élève avec raison contre cette loi dont la pénalité est très exagérée, et le public, les hygiénistes et les commerçants ont lieu de s'en plaindre. L'industrie des coupages faits avec de bons vins n'est nullement nuisible, et ce n'est pas une fraude de mélanger de bons vins du midi ou d'Algérie avec d'autres bons vins du Languedoc ou de la Gascogne pour en faire des bordeaux. Nos législateurs en ont pensé autrement et n'ont pas livré à toutes les rigueurs de la loi les fraudeurs qui vendent des vins plâtrés, soufrés, acidifiés ou alcalinisés, qui causent la moitié des dyspepsies et discréditent le vin. Celui qui mouille le vin avec de l'eau irréprochable ne commet qu'une petite faute et doit être condamné moins durement que celui qui le mouille avec de l'eau impure et typhogène.

Toutefois, la loi actuelle double l'amende et la prison pour le fraudeur qui met en vente une falsification nuisible à la santé. Est-ce juste, demande M. Daremberg ? On peut sans nuire additionner le vin d'eau pure, puisque le vin est l'aliment inutile à la nutrition. Tandis que le lait est l'aliment unique et indispensable des petits enfants. Si vous leur donnez du lait additionné d'eau pure, vous les condamnez à mort. Ces tueurs d'enfants devraient être passibles d'une pénalité spéciale bien supérieure à celle du marchand qui met de la margarine dans son beurre. Ce dernier peut être passible d'un an de prison et de 500 frs. d'amende, tandis que le second qui tue des enfants en baptisant son lait est un assassin qui n'est passible au maximum que de deux ans de prison et dix mille francs d'amende.

La criminalité de ces derniers est nettement établie ; ils savent d'après les avis qui leur sont donnés qu'ils commettent un crime en tuant des êtres dont l'existence tient à leur probité. A cet effet je serais peut-être encore plus dur que M. Daremberg et exigerais d'abord que tout débitant de lait mit bien en *vue dans sa boutique un placard sur lequel seraient* inscrits les mots suivants: «tout débitant qui additionne son lait d'eau ou d'autres produits sait qu'il se livre à l'assassinat et doit être passible des rigueurs du Code pénal ».

Et cela ne serait qu'une mince consolation pour la sécurité du public, car il reste encore beaucoup à faire, à Paris même, au sujet des vacheries établies dans les rues et dans des locaux trop exigus. En province, cela est pis encore ; c'est pourquoi si l'on veut, sans parler des améliorations hygiéniques à apporter aux étables et au matériel plus ou moins soigné des nourrisseurs et des cultivateurs, il faut commencer par frapper inexorablement les plus dangereux pour la puériculture, c'est-à-dire les industriels, qui pour l'amour du gain envoient chaque année des milliers de bébés au cimetière. On a créé en France le Mérite agricole pour récompenser ceux qui honorent l'agriculture : que ceux qui se servent de ses produits pour les rendre mortels à l'humanité soient les premiers atteints par la répression et, s'ils arrivent à finir leur peine, en cas de grâce ou autrement, que la vente des produits servant à la nourriture leur soit à jamais interdite.

Albin ROUSSELET.

Surabondance de spécialistes en Allemagne. — On se plaint quelquefois, en France, de la progression croissante du nombre des médecins spécialistes, dans les grandes villes. Mais que dira-t-on, quand, sous ce rapport, les choses en seront venues au point où elles en sont en Allemagne ? Dans ce pays, dit de « haute culture », on compte :

A Berlin	1 spécialiste par	3.3	médecins.
A Dresde	1 —	2.4	—
A Francfort	1 —	2.4	—
A Leipzig	1 —	2.7	—
A Breslau	1 spécialiste par	2.8	médecins.
A Munich	1 —	2.5	—

Et ainsi, à peu de choses près, dans les principales autres villes de l'empire allemand.

Faculté et Hôpitaux.

Un décret présidentiel modifie comme suit l'article 1er paragraphe 4, et l'article 7 paragraphe 1 et 2 du décret du 20 novembre 1893, réglant les conditions de stage dans les hôpitaux et cliniques annexes de la Faculté de médecine de Paris :

Art. 1er, Par. 4. — Pendant la 3e année, les élèves seront nécessairement attachés pendant quatre mois aux services d'accouchement. Ils devront accomplir les quatre autres mois de cette 3e année de stage dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

Art. 7, Par. 1. — L'enseignement durera du 1er novembre au 30 juin.

Par. 2. — Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent quatre mois dans un service de médecine et quatre mois dans un service de chirurgie.

— M. Castex, chargé de cours, assisté de MM. Collinet, Rabé et Béal, reprendra le cours gratuit, à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), le mardi 1er mai 1906, à 3 h.

Programme du cours.— 1° Mardis, jeudis, samedis, M. Castex. Présentation de malades. — 2° Lundis, mercredis, vendredis, MM. Collinet, Rabé et Béal. Conférences d'oto-rhino-laryngologie.

Les exercices pratiques ont lieu toute l'année sans interruption. Examen et traitement des malades par les élèves tous les jours de 3 h. à 5 h. Le droit de laboratoire, pour chaque série d'un mois, est de 50 francs.

—M. Paul Hallopeau, prosecteur, ouvrira un cours d'opérations sur l'appareil génito-urinaire de l'homme, le lundi 7 mai 1906, à 1 h. 1/2. Le cours aura lieu tous les jours.

Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

— M. Roubinovitch, médecin suppléant de la Salpêtrière, a commencé, le jeudi 26 avril, à 5 h., un cours libre sur les Maladies mentales des enfants et des adolescents, leur prophylaxie et le traitement médico-pédagogique, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Cruveilhier.

— M. Paul Farez commencera, à l'amphithéâtre Cruveilhier, le samedi 28 avril, à 6 h. du soir, un cours libre de Psychopathologie du tube digestif; il le continuera le samedi de chaque semaine, même heure.

— M. A. Ricard, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et M. A. Gosset, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, commenceront le mardi 1er mai, à 3 h., un cours de médecine opératoire sur les organes génitaux de la femme.

—M. J. Albarran, agrégé, chirurgien des hôpitaux et Robert Proust, agrégé, commenceront, le mercredi 2 mai, à 3 h., un cours sur les opérations sur les organes génito-urinaires de l'homme.

Les élèves à ces cours répèteront les opérations sous la direction des prosecteurs et de plusieurs moniteurs. Le nombre des élèves est limité. Le droit à verser pour chacun de ces cours est de 80 francs. Les cours sont gratuits pour les internes des hôpitaux. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, de 10 h. à 4 h.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur PAYRAUDEAU, de Belleville (Vendée), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3 place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année — N° 18 — 6 MAI 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

UN NUMÉRO ÉLECTORAL

LA LIBERTÉ DU CHOIX DU MÉDECIN & LES CANDIDATS AU PARLEMENT.

L'Assemblée générale de notre Société du « Concours médical » a décidé, sur la proposition de M. le Dr Vimont, le 19 novembre dernier, que *tous les médecins de France* seraient invités par nous à agir, soit individuellement, soit par leurs groupements, auprès des candidats au Sénat et à la Chambre des Députés, afin que ceux-ci se prononcent en faveur du principe que nous défendons : « Liberté absolue pour les victimes du travail, les mutualistes, les assistés et tous blessés ou malades enrôlés dans des institutions de prévoyance ou de protection, de choisir le médecin qui a leur confiance et non celui qu'on leur prétend imposer par des moyens plus ou moins avoués et avouables. »

C'est *par spéculation* que les collectivités organisent des services médicaux, elles n'y parviennent que grâce à des contrats immoraux, légitimés (en apparence seulement) par des soucis d'hygiène préventive, de philanthropie, etc., aussi faux qu'officiels.

Parce que la loi n'a pas encore protégé formellement, par des textes et des sanctions sans ambiguïté, *le droit naturel, intangible, du malade de placer sa confiance en l'homme de l'art qui a seul su la gagner*, ces collectivités se sont arrogé la permission de disposer de cette liberté, de mettre aux enchères, à l'adjudication, les soins médicaux donnés à ceux qui sont sous la dépendance des potentats locaux ; et cela, à l'heure précise où chaque citoyen réclame l'usage de ses droits les plus sacrés, de ceux, notamment, que l'État lui-même, quelle que soit sa forme, ne saurait menacer parce qu'ils sont l'attribut exclusif de l'individualité, et ne portent d'ailleurs aucun préjudice à l'intérêt public.

Notre Assemblée générale, en parfaite unanimité, a invité tous les médecins qui tiennent à rester les éducateurs et les conseillers de leurs clients les plus intéressants, à faire cause commune avec ceux-ci, avec tous leurs groupements, avec tous leurs défenseurs, au cours des élections de 1906, pour une lutte acharnée en faveur de la liberté réelle, légalement garantie sans réticences, dans le choix du médecin. Tout candidat, quelle que soit sa couleur, peut et doit souscrire l'engagement de faire respecter cette liberté humaine tout à fait indépendante de la forme des gouvernements et des divers modes d'organisation sociale. Nul médecin, par conséquent, nul syndicat à plus forte raison, ne peut être embarrassé pour aller solliciter cet engagement *écrit*. Ce n'est pas faire de la politique.

Porte-parole de notre Société, le présent numéro du journal contiendra tous les documents qu'il faut faire passer sous les yeux des futurs députés, en leur demandant leurs promesses. Et comme, suivant l'habitude chère à ces derniers, il convient de sérier les questions, nous nous bornons à celles qui seront soumises à leur ordre du jour en la prochaine législature : soins aux mutualistes, soins aux victimes du travail et des maladies professionnelles.

Ceci est donc un numéro vraiment électoral : nous serons heureux de savoir de chacun de nos lecteurs, et aussi de chaque syndicat, comment ils en ont usé et ce qu'ils en ont obtenu.

Le Conseil de Direction.

REVENDICATIONS DES MALADES ET DES MÉDECINS

Le Droit des Malades.

Tout Français riche ou pauvre dont la vie ou la santé est en danger, doit avoir le droit de choisir le médecin auquel va être confiée sa vie ou sa santé. Aucune autre considération, même financière, ne peut entamer ce principe.

Le Devoir de la Société.

Les parents (ascendants ou descendants) se doivent mutuellement, de par la loi, une pension alimentaire, qui comprend, d'après une jurisprudence constante, les soins médicaux. De même la Société doit à toute personne en ayant besoin une pension alimentaire comprenant les soins médicaux.

Le Droit de la Société.

La *Société, qui est tenue de payer les soins médicaux*, a le droit d'exercer un contrôle sur l'emploi que le malade fait des sommes qu'elle lui confie pour se soigner.

En résumé, au malade dont la vie est en jeu, le droit de choisir le médecin qui le soigne; à la Société, dont la caisse est en jeu, le droit d'avoir son médecin qui contrôle l'état de la maladie et des dépenses qu'elle occasionne.

Le Devoir des Médecins.

Le médecin doit donner aux malades, riches ou pauvres, tout l'effort de son savoir, toutes les consolations possibles. Il doit faire acte de dévouement, mais seulement de dévouement. L'humanité n'est pas un devoir médical, mais un devoir social.

Commet une faute grave envers sa famille et le corps médical, le médecin qui, sous le couvert de philantrophie et de désintéressement, mais en réalité pour obtenir un ruban, ou faire *une concurrence déloyale* à ses confrères, accepte de prendre pour son compte les charges d'humanité qui incombent à la Société tout entière.

Combien, parmi les médecins qui font du désintéressement, en existe-t-il qui peuvent marier leur fille à un médecin ? Le médecin désintéressé ne peut donc maintenir sa famille au niveau social jusqu'où il a été élevé par les efforts de ses ascendants.

Si, en politique, le médecin veut, avant son idéal de médecin, faire passer son idéal d'homme, il n'a pas le droit de sacrifier son idéal de père de famille à son idéal politique. En mettant des enfants au monde, il a contracté vis-à-vis de ceux-ci une obligation devant laquelle toute *autre considération doit s'incliner*.

Son premier devoir est donc de refuser son vote et son influence à tout candidat à la députation qui n'inscrirait pas dans son programme la liberté pour les malades de faire appeler le médecin en qui il a le plus de confiance.

Le Droit des Médecins.

L'humanité est un devoir social et non médical. La Société doit donc s'imposer tous les sacrifices nécessaires pour payer intégralement, au tarif minimum ouvrier, les soins médicaux *fournis par le médecin aux déshérités. Elle doit payer intégralement* le médecin, comme elle paye intégralement au tarif ordinaire le boucher, le boulanger et le propriétaire qui fournissent aux déshérités la nourriture et le logement.

C'est en se basant sur ces principes que, dans leurs assemblées générales de 1905, les délégués des Sociétés médicales ont adopté à l'unanimité les délibérations suivantes :

Considérant :

1° Que, au point de vue des intérêts exclusifs des mutualistes, il est contraire à l'ordre public, contraire aux droits imprescriptibles et inaliénables inscrits dans la Déclaration des Droits de l'homme, de permettre à une personne de renoncer au droit de choisir son médecin ;

2° Qu'il est contraire à la sécurité des mutualistes malades d'être obligés d'accepter un médecin qui n'a pas sur eux l'autorité que lui donnerait la confiance accordée par le malade au médecin librement choisi ;

3° Qu'un médecin insuffisamment rétribué est obligé, pour faire face aux nécessités de la vie, de voir un trop grand nombre de clients, de faire des visites très courtes; qu'un médecin pressé ne peut établir un diagnostic précoce dans un grand nombre de maladies, en particulier dans la tuberculose, et qu'il est ainsi impuissant à faire de la médecine préventive comme le désirent les mutualistes;

4° Que, dans un grand nombre de circonstances, les chefs d'entreprise étant les directeurs des sociétés mutualistes, il est dangereux de laisser sous leur autorité et à leur merci le corps médical dont l'indépendance est une sécurité pour les malades;

5° Que, au point de vue médical, les sociétés mutualistes prenant de jour en jour plus d'extension, seuls pourront vivre les médecins qui acceptent les exigences des sociétés, en faisant abandon de leur indépendance ;

6° Que les sociétés mutualistes ayant officiellement déclaré, depuis le 9 novembre 1905, par l'organe du Journal « *Le Matin* » qu'elles n'étaient pas des œuvres d'assistance pour les petites bourses, mais des sociétés d'assurances pour les Français de toutes les conditions (ouvriers, employés, commerçants, propriétaires), rien ne justifie plus les sacrifices qu'impose aux médecins ce trust

ayant pour but de substituer un salaire de famine aux honoraires légitimement dus.

— *Concluent* :

Que, dans ces conditions, il est inadmissible qu'un gouvernement autorise des sociétés à insérer dans leurs statuts des articles suspendant ou limitant le droit inaliénable que possède toute personne de ne choisir que le médecin dans lequel elle a le plus de confiance.

— *Décident* que les syndicats médicaux devront se préoccuper de ce projet de loi au moment des élections législatives, et faire comprendre aux candidats et surtout aux mutualistes que le désir du corps médical doit être aussi le leur puisqu'il y va de la défense de leurs intérêts les plus immédiats : le libre choix du médecin et la participation du mutualiste dans les dépenses médico-pharmaceutiques constituant le meilleur des freins et ayant souvent diminué ces dépenses des 2/3 dans les sociétés mutualistes qui emploient cette méthode, comme dans les Deux-Sèvres, par exemple.

Projet de loi.

— *Invitent* le groupe parlementaire médical à déposer sur le bureau des Chambres un article de loi spécifiant :1° qu'à l'avenir les indemnités pour frais de maladie seront données toujours en argent et jamais en nature ; 2° que les sociétés philanthropiques, industrielles, commerciales ou financières pourront avoir des médecins contrôleurs, mais qu'il leur est interdit d'avoir un service médical pour le traitement des malades.

La philanthropie se fait sur le dos des médecins.

Réduit à un salaire de famine, le médecin voit de jour en jour s'en aller sa clientèle aisée, celle-là seule sur laquelle il pouvait compter pour obtenir le payement d'honoraires sérieux.

C'est que, de plus en plus, cette clientèle, grâce aux facilités d'entrée que donne le mutualisme à des personnes fortunées, s'en va faire partie des sociétés de secours mutuels où elle profitera d'avantages qui devraient être réservés seulement aux *membres nécessiteux*.

Et il se produit ce fait parfaitement anormal : le médecin qui touche de la Société un salaire déjà dérisoire pour donner ses soins à un ouvrier mutualiste ne touchera pas un sou de plus quand il visitera un rentier ou un propriétaire mutualiste !

Cette chose illogique et odieuse est demandée au médecin au nom de la philanthropie.

On peut se rendre compte de la valeur des sacrifices demandés aux médecins, par l'exemple suivant : « Un de nos confrères, dit le docteur Courgey, me racontait dernièrement sa vie de travail et de labeur. Dans une société de secours mutuels de 400 membres, il avait fait annuellement un nombre d'actes médicaux correspondant à une somme d'environ 5.000 francs au tarif ouvrier *minimum*. La Société, devenue assez rapidement riche, donnait 4 francs par tête à son médecin, soit 1.600 francs de traitement. Restaient donc 3,400 francs par an réalisé par la société sur son médecin. En 20 ans, 68.000 francs. Le bureau de bienfaisance donnait 1.500 francs de traitement et le travail du confrère, au même tarif *minimum*, représentait une somme d'environ 8.000 francs, soit 6.500 francs par an réalisés par la ville sur le médecin du bureau de bienfaisance. En 20 ans 130.000 francs. Rien que pour ces deux charges philanthropiques, cela donne en chiffres ronds un total **de 200.000 francs de philanthropie médicale pour un seul médecin.** »

Ce qui se passait pour les deux œuvres philanthropiques auxquelles il est fait allusion dans cet exemple se passe à tous les degrés de l'échelle sociale.

L'exploitation du médecin est élevée à la hauteur d'une institution. Il n'est pas jusqu'aux plus hauts représentants des pouvoirs publics, aux ministres eux-mêmes, qui tendent la main pour recevoir l'aumône des médecins. Au premier de l'an, ce n'est pas seulement le Ministre des postes qui nous envoie ses facteurs qu'il ne peut pas nourrir, vous voyez encore arriver les instituteurs du Ministre de l'Instruction publique qui veulent être soignés au tarif des indigents. Le Ministre des travaux publics vous envoie ses cantonniers ; le Ministre de la guerre, pour soigner ses gendarmes, vous offre, après 20 ans, une lettre de remerciments que, le lendemain même, M. l'agent de change Berteaux, ne voudrait pas vous échanger contre un titre de 3 fr. de rente, et qu'au garage on ne vous prendrait pas pour un bidon d'essence. Enfin vous voyez arriver le plus grand Mutualiste de France, M. Mabilleau, qui vous demande, au risque de mettre vos enfants sur la paille, de faire des visites à 0,50 pour qu'il puisse être le chef de deux millions d'électeurs.

Quelle a été pour les médecins la récompense de tant de sacrifices ?

Tandis que d'une part la Mutualité se trouve aujourd'hui à la tête d'un trésor de trois cent trente-huit millions (1) qui va s'accroissant de près d'un million chaque année et qui représente à peu près exactement le sacrifice consenti depuis 20 ans par les médecins :

Par contre, les associations médicales voient grossir d'année en année, dans une proportion inquiétante, les sommes qu'il leur faut affecter à la constitution de pensions aux médecins ou veuves de médecins sans ressources.

Le chiffre total des secours versés aux familles des médecins dans la détresse est de trois cent dix-huit mille francs (318.000 fr.) Comme il y a environ 18.000 médecins, il ressort de là que la moyenne d'entre eux non seulement ne peut faire aucun bénéfice, mais que, pour vivre, ils sont obligés de dépenser, en outre du produit de leur travail ,les intérêts de leur patrimoine d'abord, d'entamer ensuite ce patrimoine lui-même, et finalement de recevoir une somme de 20 francs à titre de charité de leurs riches confrères.

En acceptant plus longtemps, sans protester, qu'on fasse — comme le disait si justement, à la séance du 18 juin 1904, M. le sénateur Treille à M. le rapporteur Chovet — « de la philanthropie sur le dos des médecins », en continuant supporter seuls presque tout le poids de la charité publique, les médecins seraient dupes de leur dévouement inconsidéré, *et ils mériteraient le blâme, plutôt que l'éloge, pour manquer au premier des devoirs d'un père de famille*, qui est d'assurer le pain des siens, et ils seraient coupables

(1) Dans un récent discours, M. Barberet déclare que l'avoir des sociétés s'élevait en 1905 à 500 millions et qu'avant 50 ans, il serait de 2 milliards.

de se faire de la popularité et une réputation de *générosité* sur le dos de leurs enfants.

Puisque la société et les chefs d'industries revendiquent pour eux seuls tout le mérite des améliorations sociales, et qu'ils ont voulu s'affranchir et se libérer de la reconnaissance qu'ils doivent au médecin, en le considérant de plus en plus comme un agent rétribué pour un service spécial, ils ont le devoir de payer intégralement le praticien au même titre que le boulanger, le boucher ou le propriétaire de l'ouvrier, qui ne font pas de concessions et à qui on ne songe pas à en demander.

Si l'État, les communes où les riches industriels trouvent des ressources pour édifier des palais, ils doivent en trouver aussi pour assurer des soins convenables, parce que convenablement payés, aux déshérités dont ils se flattent d'être les bienfaiteurs, mais dont ils tirent le plus souvent profit.

Si l'argent leur fait défaut, qu'ils augmentent au besoin les impôts de tous les citoyens. Car de quel droit la Société pourrait-elle exiger des médecins plus qu'elle ne demande aux autres ? En échange du surcroît de sacrifices qu'elle veut leur imposer, quel dédommagement leur donne-t-elle ? Elle frappe de la plus lourde des patentes le local et la voiture indispensables pour l'exercice d'une profession qu'on affecte néanmoins de considérer comme un apostolat de charité. Aussi M. le **Professeur Landouzy**, membre de l'Académie de médecine, parlant, à propos de son voyage médical en Danemark, des charges sous lesquelles succombe le corps médical, s'exprime ainsi :

« Cela étant, les médecins, dont le métier devient moins rémunérateur, continuent, en « France, à être les plus patentés, comme si les « répartiteurs d'impôts nous taxaient plutôt d'a« près les sacrifices consentis que d'après les béné« fices de clientèle escomptés. »

Le malade doit avoir le droit de choisir son médecin.

Dans le rapport qu'il déposait, le 14 mai 1901, sur le bureau de la Chambre, **M. Mirman** s'exprime en ces termes :

« La liberté absolue de la victime de choisir elle-même son médecin n'a jamais été contestée par le Parlement, elle ne peut l'être, et, de son coté, **M. Chovet**, dans un rapport déposé au Sénat le 19 novembre 1903, disait :

« Cette liberté absolue de faire choix de son médecin ne peut être contestée au blessé. En effet, lequel d'entre nous ne se révolterait pas contre cette prohibition qui lui serait imposée de se faire soigner par le médecin de son choix. »

D'autre part, **M. Jaurès**, dans la *Dépêche de Toulouse* (mai 1905), déclare : « Dans les relations de médecin au malade, il semble qu'aucune puissance, qu'aucune règlementation ne puisse intervenir. » Hé bien ! s'il est vrai que le blessé victime d'un accident du travail a maintenant le droit de prendre le médecin en qui il a confiance, il est vrai aussi que ce droit n'appartient pas encore au malade, quand ce malade est membre d'une société de secours mutuels.

Aussi illogique et monstrueux que cela paraisse, le malade ou le blessé mutualiste est dans une situation que nous voulons faire ressortir par un exemple.

Voici un laitier mutualiste qui est assuré contre les accidents. Sa voiture verse dans un fossé et il se casse une jambe, son cheval se blesse. Il pourra, pour réparer sa voiture et soigner son cheval, faire venir le charron et le **vétérinaire de son choix** qui seront payés par la Compagnie d'assurances; mais comme il est mutualiste, **il n'aura pas le droit de choisir son médecin**, il sera obligé de prendre celui de la société ou de payer celui qu'il aura choisi.

« Il faut considérer comme un reste d'esclavage indigne de l'homme d'aujourd'hui et **comme contraire à l'ordre public, cette obligation** routinière et non légale de subir pour médecin et pour confident de ses plus intimes faiblesses un docteur qui est imposé et dans lequel on peut ne pas avoir toute confiance. Il est en même temps peu conforme à la dignité d'un médecin de soigner un malade qui ne reçoit que contraint et forcé les soins de ce médecin. » (*Concours médical* du 21 mai 1904.)

Le médecin domestiqué par les chefs patronaux de la Mutualité n'offre plus au mutualiste les garanties nécessaires.

Un autre danger apparut bientôt. Dans les centres ouvriers, les chefs d'industrie ou les personnes animées d'ambitions politiques comprirent vite quel intérêt ils avaient à favoriser le développement de la mutualité. Un grand nombre de sociétés eurent pour fondateurs des chefs d'industrie qui trouvaient ainsi le moyen de se décharger sur la Mutualité des devoirs et des responsabilités qu'ils avaient vis-à-vis de leurs ouvriers. Par suite, la Mutualité, qui devait aider si puissamment les travailleurs, s'est retournée contre eux.

Quand il s'est agi des retraites ouvrières, auxquelles on leur demande de contribuer, les chefs d'industrie répliquèrent : « A quoi bon une loi et une obligation, puisque spontanément nous avons fondé des sociétés de secours mutuels qui assurent à nos ouvriers du pain pour leurs vieux jours (1). Bientôt ces chefs d'industrie ou ces hommes politiques deviennent les maîtres des sociétés de secours mutuels dont ils sont présidents.

Le médecin, le pauvre médecin de la société, est lui-même aux ordres du président. Pour vivre, pour garder sa place, il est « intéressé » à lui plaire et, si c'est un chef d'industrie, à agir, dans ses rapports avec les ouvriers mutualistes, suivant les intérêts du directeur qui, malheureusement, sont trop souvent contraires à ceux des ouvriers.

Le médecin n'est plus libre, il devient le domestique du président. Et si le médecin, placé entre son devoir professionnel et la peur de compromettre sa situation, ne sait pas suivre son devoir, les ouvriers n'ont plus aucune garantie, le **médecin n'étant plus qu'un employé.**

En continuant ainsi, le corps médical en arrivera bientôt en France au point où il est descendu en Italie, où le médecin ordinaire n'est pas admis dans ce qu'on appelle la société (*British medical journal. La Tribune médicale*, n° 38, 23 septembre 1905).

(1) C'est le sens de la pétition des Unions des Chambres Syndicales patronales. (*Journal* du 3 juillet 1905.)

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

—

mes, il est fait réponse dans le plus bref délai possible.

2° Nos lecteurs sont priés de ne pas oublier de répéter très lisiblement leur nom et leur adresse (lieu de résidence et département), au bas des lettres et documents qu'ils nous communiquent, ou de joindre la dernière bande du journal.

—

Dr S.., à G.., à *Concours*. — Je viens demander l'avis de votre rédacteur compétent sur le cas suivant.

1°) Un sujet étranger non naturalisé français, reçu docteur à la faculté de médecine de Paris, a-t-il le droit d'exercer la médecine en France ? (Son diplôme n'est-il pas simplement *honoris causâ*).

2° A-t-il le droit de visiter les malades de l'assistance médicale gratuite ? Pour Paris, je sais bien que c'est impossible. Les bureaux de bienfaisance exigent de tous leurs médecins la qualité de Français.

Mais pour les départements en est-il de même ?

Je crois avoir lu quelque part et n'ai pas pu retrouver ces renseignements, que, pour être admis en tant que médecin du service de l'assistance médicale gratuite, il fallait avoir satisfait aux obligations du service militaire ?

Réponse. — Il faut savoir dans quelles conditions ce docteur a obtenu son diplôme.

La circulaire ci-dessous vous donnera des indications qui vous permettront de faire des recherches.

Il n'est pas indispensable d'avoir satisfait à la loi militaire pour être médecin de l'A. M. G.

A ce sujet, les décisions préfectorales peuvent varier d'un département à l'autre.

Voici la circulaire :

Paris, le 21 juillet 1896.

Monsieur le Recteur,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les mesures que j'ai décidées au sujet des étudiants en médecine étrangers.

Les services et laboratoires de nos facultés de médecine continueront de rester grands ouverts, et sans conditions, aux médecins étrangers qui, leurs études terminées dans leurs pays respectifs, viennent en France pour se

Suite page VI

Correspondance hebdomadaire

(Suite).

perfectionner dans telle ou telle branche de leur art.

Quant aux jeunes gens, chaque année plus nombreux, qui viennent de l'étranger en France, pour y commencer et y poursuivre les études médicales, il y a lieu de distinguer entre ceux qui ont l'intention de s'établir en France pour y exercer la médecine, et ceux qui se proposent, leurs études terminées, de retourner dans leur pays d'origine.

Pour les premiers, il est juste de les astreindre aux mêmes conditions que nos étudiants nationaux. Ils ne recevront donc le diplôme d'Etat, conférant le droit d'exercer la médecine en France, que si, au moment de leur première inscription, ils justifient du diplôme français de bachelier de l'enseignement classique (lettres-philosophie) et du certificat sciences physiques, chimiques et naturelles.

Pour les autres qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus nombreux, il continuera de leur être accordé, comme le passé, et plus largement encore, dispense du baccalauréat français en vue de l'inscription dans les universités ; mais le diplôme qu'ils pourront recevoir à la fin du cours régulier des études *ne leur conférera pas le droit d'exercer la médecine en France*. Avis devra leur en être donné, au secrétariat des facultés, au moment de leur inscription.

Les demandes de dispenses, formées par les étudiants de cette dernière catégorie, devront m'être adressées comme par le passé.

Les présentes mesures n'ont pas d'effet rétroactif et ne s'appliquent pas aux étudiants étrangers inscrits dans les Universités en 1895-1896.

Il continuera d'être accordé, en vue des études médicales, des équivalences de baccalauréat aux étudiants originaires de pays auxquels nous lient, pour cet objet, des conventions internationales.

Recevez, etc.

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

A. RAMBAUD.

Suite page XII.

Un médecin écrivait la lettre suivante, reproduite par la *Lanterne* du 9 août 1905, qui montre à quel état de servage certaines collectivités veulent réduire le corps médical.

« Le 20 juillet 1905.

« Ici, au point de vue accident, les médecins sont les domestiques des Compagnies d'assurances. Deux confrères et moi sommes peu enclins à porter plus longtemps le bât, bât qui blesse notre bourse et surtout notre dignité d'hommes et de médecins.

« Car les Compagnies demandent à leurs médecins de véritables infamies.

« Exemple : Pour une fracture bi-malléolaire avec ankyloses chez un allumeur de réverbères, j'avais fait un certificat de 40 %. L'inspecteur de la Compagnie me vint prier de faire un certificat de 25 % et d'agir sur le blessé pour qu'il acceptât ce tarif à l'amiable. Inutile de vous dire que je l'ai envoyé promener.

« Je n'ai plus revu de blessés de cette Compagnie.

« Un confrère se trouve dans le même cas pour la Compagnie Y...

« Nous avons décidé de ne plus servir les Compagnies d'assurances et avons envoyé notre démission à toutes celles avec qui nous étions en rapport. Par contre, nous nous sommes mis à la disposition du secrétaire de la Bourse du travail pour donner les soins et assister les ouvriers blessés dans leur lutte avec les Compagnies d'assurances.

« Dr S. »

Mais tous les médecins auront-ils le courage de l'auteur de cette lettre ? Et s'ils ne l'ont pas, qu'adviendra-t-il des intérêts des malades, de leurs propres intérêts et de leur dignité ?

Car ils ne pourront sortir de ce dilemne : où ils feront le sacrifice de leur dignité et de leur conscience et alors ils se soumettront, où ils feront résolûment leur devoir et alors ils seront congédiés.

LA LOI " ACCIDENTS DU TRAVAIL "

Par le texte que nous avons publié au n° 16, le régime de la loi de 1898 sur les accidents du travail va s'étendre sous peu aux professions commerciales, c'est-à-dire à une nouvelle partie de nos clientèles.

Les conséquences de cette mesure peuvent être très variées, en tout cas préjudiciables à nos intérêts, si nous ne défendons pas ceux-ci avec vigilance et énergie.

Nous signalons seulement l'entrée en jeu bien plus fréquente de l'article 5 (soins par les Sociétés de Secours mutuels, dont beaucoup d'employés font partie). Ainsi sont connexes, jusque dans l'actualité, les deux questions qui font aujourd'hui l'objet de nos préoccupations. Les quelques mots suivants, prononcés à la Chambre par le président de la Commission d'assurance sociale, montrent bien l'agrandissement que vient de prendre le champ d'application de la loi-accidents.

M. le président de la commission.— Il y a eu, en effet, jusqu'à la loi actuelle, un certain flottement qui a tenu précisément à ce que, pour certaines industries ou pour certaines entreprises, on pouvait hésiter sur la question de savoir si elles étaient industrielles ou commerciales. Or, comme la loi de 1898, avant l'addition que vous allez voter, ne visait que l'industrie et non pas le commerce, si on jugeait qu'une entreprise était non pas industrielle, mais commerciale, elle échappait à la loi de 1898.

A partir du vote que vous allez émettre, comme toutes les entreprises commerciales et industrielles seront comprises dans la loi de 1898, il n'y aura plus de doute possible, et jusqu'à la loi prochaine que l'on demandait et qui, j'espère, ne se fera pas trop longtemps attendre, il ne restera plus en dehors de la loi de 1898, avec les professions libérales, que les industries agricoles. Toutes les autres industries, toutes les autres entreprises commerciales et industrielles profitent de la loi de 1898. (*Très bien ! très bien !*)

Devant la situation ainsi créée, nos confrères de Seine-et-Oise nous ont demandé de provoquer, par la publication du rapport ci-dessous, un mouvement général de protestation des médecins français : 1° contre l'arrêté tarif de 1905 ; 2° contre les iniquités de la loi-accidents elle-même.

Si l'on peut discuter, sur quelques points de détail, au sujet des considérations formulées par nos camarades, on sera certainement d'accord sur l'ensemble, et aucun de nos groupements ne serait fondé à s'abstenir ou à jeter une note discordante au milieu du concert qu'ils réclament. Nous joignons donc nos instances aux leurs pour solliciter de chaque Syndicat, de chaque Société, l'envoi dans nos Bureaux du *Bulletin* d'adhésion qui termine le Rapport de MM. Camescasse et Milon.

Examen critique de l'arrêté du Ministre du commerce, en date du 8 octobre 1905.

Protestation à l'égard des décisions contenues dans cet arrêté et aussi contre le paragraphe 2 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905.

Dans son Assemblée générale du 15 novembre 1905, l'Association générale des médecins du département de Seine-et-Oise avait à examiner la situation faite aux médecins de son ressort par l'arrêté du ministre du commerce relatif aux honoraires médicaux, dans le cas où l'ouvrier blessé choisit son médecin et à envisager plus *particulièrement le 2e* des paragraphes 2 et 3 de l'art. 1er.

Les membres présents à cette réunion avaient déjà étudié cette question, car tous ou presque tous appartiennent à des syndicats qui s'étaient déjà chargés de discuter les termes de cet arrêté et ses conclusions. Mais, précisément, le groupement de ces syndicats divers devait rendre plus intéressante encore l'Assemblée générale, car les points de vue différents, les opinions variées émises par nos confrères ruraux et par les médecins citadins devaient éclairer la situation faite à chaque groupe particulier et fondre en une seule protestation les réclamations que tous les praticiens formulaient.

Ce sont donc, non seulement les arguments que personnellement nous avons soutenus à cette assemblée, mais encore ceux de tous nos confrères présents, que nous voulons résumer ici.

Nous verrons quelles conclusions nous devrons en tirer.

Nous étudierons donc d'abord, les éléments généraux dans cette protestation, puis les différents ar-

ticles de l'arrêté qui nous ont paru inadmissibles, inacceptables, parce qu'ils sont contraires aux mœurs médicales préexistantes.

D'abord, il paraît déplorable à nombre d'entre nous que l'œuvre du médecin soit tarifée. C'est déjà beaucoup que reconnaître un tel droit à un tribunal, alors que la vieille et honorable tradition voulait que le médecin fût honoré séance tenante et à son prix à lui ; c'est par humanité que nous avons été amenés à faire crédit à ceux qui ne peuvent payer et il est regrettable de voir retourner notre bonne action contre nous.

De plus, notre dignité et notre valeur morale, qui sont la source, le moyen d'une grande partie de notre action bienfaisante, ne se peuvent chiffrer.

Mais, au moins, s'il faut que des tarifs existent, encore faudrait-il que de tels tarifs fussent élaborés par nous-mêmes. Nos syndicats et nos associations ont fait connaître leurs chiffres ; ces chiffres peuvent différer d'un bout de la France à l'autre ; ils sont liés à des conditions de milieu dont la Société locale de Seine-et-Oise n'est juge qu'en ce qui est de Seine-et-Oise.

Et, à ceux qui trouveraient excessives nos doléances, qui nous taxeraient d'exagération, nous ne répondrons que par la seule réflexion suivante : dans la commission qui devait élaborer ce tarif médical, combien de médecins devaient émettre l'avis du corps médical tout entier ? Trois, auxquels nous devons les meilleurs remerciements et la plus parfaite reconnaissance pour les efforts qu'ils ont dû déployer et l'héroïsme, dont ils ont fait preuve dans cette lutte presque homérique.

Et leurs trois voix seules, condamnées d'avance à subir une majorité écrasante, devaient plaider une cause à l'avance perdue.

Il eût peut-être été plus consciencieux, plus logique, de bonne foi, disons le mot, de fixer dans cette Commission un nombre égal de « soigneurs » et de « soignés » ou, si vous voulez, le terme plus réaliste de « payés » et de « payeurs ». La discussion eût été possible.

Mais non ; l'humanité bien connue des médecins devait les inviter à accepter d'avance les décisions de cette commission : on les convoquait pour la forme.

Ils accepteraient d'autant mieux qu'ils n'ont point l'habitude de protester, qu'ils se laissent écraser sans se défendre, que le médecin est « taillable et corvéable à merci » en dépit des cent années qui nous séparent de la Déclaration des Droits de l'homme.

En voulez-vous la preuve ? L'Administration ne connaît qu'un seul et même chiffre pour les frais d'études et d'inscriptions. Elle ne veut pas établir de distinction entre les candidats au doctorat ; tous seront passibles de la même redevance à l'État.

Mais là se borne le droit d'égalité qu'elle nous reconnaît généreusement ! L'arrêté du 8 octobre 1905 ne nous trouve plus égaux à partir du 1er novembre : il y a, depuis deux mois, le médecin à 2 fr. 50 et l'autre à 1 fr. 50 et relisez le catalogue... pardon l'art. 1er de l'arrêté ministériel, vous verrez avec quelle subtilité commerciale nous sommes sériés. Et pourquoi, je vous le demande.

Le médecin, pour soigner un blessé, n'a-t-il pas autant de difficultés à la campagne qu'à la ville ?

Et puis, cette différence prévue par l'arrêté considéré, s'établit-elle sur les qualités professionnelles du médecin ? Alors l'erreur est grande, car le praticien des petits centres, villes ou campagnes, a autant et souvent plus de valeur que le médecin de la ville. Il a toujours plus de peine, là est la seule différence.

Nous pourrions citer dans telle petite ville de Normandie, un ancien interne, lauréat médaillé d'or des hôpitaux de Paris ; dans tel chef-lieu de canton, un lauréat de l'Académie et de la Faculté de médecine, et dans telle autre sous-préfecture, un membre correspondant de l'Académie. Et ce ne sont pas là des exemples isolés.

Ou bien l'on veut tenir compte de la différence dans les conditions matérielles d'existence à la ville et à la campagne.

Or, certaines campagnes, non seulement dans la banlieue de Paris, particulièrement en Seine-et-Oise, mais aussi en province, comportent les mêmes difficultés de vie que dans des centres importants.

Le principe est donc faux.

Mais, allons plus loin et pénétrons, si vous le voulez, dans l'examen détaillé des paragraphes 2 et 3.

De par la décision ministérielle, les tarifs en l'année de grâce 1901 servent de point de départ et de comparaison pour l'établissement du tarif actuel. Le nombre de 5000 habitants entre aussi en ligne de compte.

Or, et nous pourrions citer le fait, des localités de moins de 5000 habitants dépourvues de médecins et desservies à un tarif ordinaire et kilométrique supérieur à 3 fr., sont aujourd'hui, depuis 1902 ou 1903, le siège de la résidence de confrères qui, en acceptant le chiffre courant de 3 fr., ont fait réaliser à leur clientèle un bénéfice, puisque l'allocation kilométrique n'avait plus de raison d'être. Loin de protester, bien entendu, les populations se croyaient revivre l'âge d'or et des économies. Tout le monde y trouvait son avantage...

Mais, le législateur veillait et avec lui le ministre du commerce : le médecin gagnait tout juste sa vie. A partir du 1er novembre, il aura le droit et le devoir de ne plus joindre les deux maigres bouts de son maigre budget et il fuira toute résidence de moins de 5000 habitants.

D'ailleurs, parcourons ensemble, si vous le voulez bien, les divers articles de l'arrêté et saluons dès maintenant le seul élément avantageux qu'il nous concède : le principe du tarif à la visite est officiellement consacré.

C'est, en effet, le chiffre des honoraires de la visite qui sert de base à tout le tarif.

Ainsi donc, le tarif à forfait a vécu et désormais tout praticien soucieux de sa dignité saura se prévaloir de cette décision ministérielle.

Sachons gré, accordons notre reconnaissance pleine et entière, sans restriction, à ceux qui nous ont donné cette arme que nous avons le devoir et l'obligation de ne point abandonner. Si nous ne craignions de sortir du cadre que nous nous sommes imposé, nous pourrions aisément démontrer ce qu'a d'indigne, de malhonnête, de ravalant, le principe du forfait dans les soins médicaux.

L'abonnement n'est plus de mise que chez les coiffeurs et les barbiers, qui étaient autrefois nos confrères, mais ne le sont plus aujourd'hui.

Mais, l'examen des articles suivants ne vous donne plus les mêmes satisfactions. Nous n'étudierons pas point par point chacun d'entre eux. Ce serait à la fois fastidieux pour nos lecteurs et inutile pour la démonstration que nous faisons : les principaux articles méritent seuls qu'on les commente.

Voici, par exemple, celui qui traite de l'indemnité kilométrique.

« Art. 8. — Donne lieu à une indemnité kilométri-
« que toute visite au domicile du blessé qui ne peut
« se déplacer sans inconvénient pour sa santé et
« exigeant un déplacement du médecin dans une
« commune qu'il ne visite pas régulièrement ou dans
« laquelle il ne donne pas de consultations à jour fixe.
« Même dans ce cas, l'indemnité est due s'il y a lieu
« à un déplacement d'urgence. »

Voyez déjà à quelles discussions ce premier paragraphe de l'article 8 donne lieu.

Qu'entendre par les mots : « une commune qu'il ne visite pas régulièrement » ?

Cet adverbe si simple, d'apparence si bonasse, peut cacher, sans qu'on s'en doute, le piège le plus dangereux !

Doit-on admettre par la formule ci-dessus que l'indemnité kilométrique ne sera pas applicable au médecin qui vient tous les deux ou trois jours dans la commune du blessé et qu'au contraire elle le de-

viendra au médecin qui n'est appelé dans cette commune qu'une fois par semaine ?

En un mot, à quelle limite dans le temps ou dans le quantième du mois, vous arrêterez-vous pour fixer la valeur du mot « régulièrement » ?

Et puis, telle commune, qui aujourd'hui s'adresse à tel médecin voisin, peut fort bien, demain, s'adresser à tel autre médecin également voisin et substituer ainsi les habitudes irrégulières du second aux habitudes régulières du premier.

Et voici un « casus belli » entre le médecin et le répondant des honoraires ?

Sans doute, vous espériez mieux des honoraires attribués aux certificats.

Car, en somme, les modifications prévues par la nouvelle loi du 31 mars 1905 augmentent votre responsabilité, au point de vue des certificats et prévoient même une aggravation des pénalités y afférentes.

Qui dit augmentation des responsabilités dit élévation proportionnelle des honoraires.

Ames simples et candides, vous étiez dans l'erreur !

Contentez-vous de 2 fr. et déclarez-vous satisfaits...... à moins que vous n'ayez la chance que votre blessé ait eu la malechance de contracter des blessures multiples, des contusions ou brûlures portant sur le thorax, l'abdomen ou la tête.

Si, au lieu de se faire une banale fracture ouverte de la jambe, accident qui lui coûtera peut-être la vie d'ailleurs, ou au moins son membre, il s'est entaillé le cuir chevelu ou fait un léger hématome de la même région, vous aurez l'immense avantage de voir vos honoraires portés à 5 francs.

Quant au certificat de guérison, celui qui entraîne le plus de discussions, celui qui vous apporte le plus d'ennuis de la part de l'ouvrier qui ne consent pas à reprendre ses occupations et conteste votre avis concluant à la fin de son incapacité de travail, celui qui vous est réclamé avec une insistance parfaite par le patron ou la compagnie d'assurances, oh ! alors, celui-là, vous le devez pour rien.

Nous n'avons pas à développer plus longuement la logique de cet article.

Nous n'avons pas non plus à nous étendre beaucoup sur l'évaluation des honoraires attribués aux grandes opérations de chirurgie.

En vertu de l'appréciation formulée plus haut sur la distinction faite entre le médecin de la ville ou de la campagne, il est totalement absurde de proportionner les tarifs d'opération à la localité où l'intervention s'accomplit. Prenez au hasard dans l'énumération de l'arrêté. Voici la désarticulation de l'épaule qui n'est une opération ni courante, ni pratiquement à la portée de tous. Eh bien ! vous m'avouerez que les 75 fr. offerts au confrère de la campagne ne seront pas pour le tenter ou armer sa main.

Et alors, il n'aura donc qu'une ressource, diriger ce cas vers l'hôpital où le chirurgien, assisté d'aides entraînés, et entraîné lui-même à toutes les interventions, désarticulera l'épaule du patient.

Oui, mais ce sera à son corps défendant que le confrère aura pris cette décision d'adresser son blessé à l'hôpital ; d'abord parce qu'il hésitera à envoyer s'étioler, se tuberculiser dans des salles hospitalières, son client champêtre habitué à l'air vif et pur de sa campagne, à cet air bienfaisant qui facilite toute guérison et cicatrisation, médicale ou chirurgicale : et puis, il sait aussi que le tarif élaboré par le Ministre du commerce, et qui n'a pour lui-même que des apparences de générosité, n'a pas pour le chirurgien de la ville même raison d'être.

Les modifications récentes de la loi privent le chirurgien d'hôpital de toute compensation, de toute rémunération. Jusque-là, l'hôpital était l'asile des indigents et rien que des indigents.

Des décisions du ministre de l'Intérieur l'avaient nettement spécifié. Lisez entre autres sa circulaire du 15 décembre 1899 et celle du directeur de l'Assistance Publique, à la même époque ; vous serez édifiés. Tout y est prévu : le cas où le malade est de passage dans la commune ; le cas où la commune possède ou non une maison de santé ; le cas où la maison de santé existant n'offre pas, comme l'hôpital, le local, le matériel ou l'instrumentation qui puisse garantir suffisamment l'opéré.

Le chirurgien d'hôpital, désigné pour le service des indigents, n'était donc rétribué que pour ce service.

Un accidenté du travail n'est pas un indigent, puisqu'il est *assuré contre les accidents*. L'opérateur doit donc se faire rétribuer. Eh bien ! non, la loi modifiée du 31 mars 1905 lui enlève ce droit.

Alors pourquoi faire un tarif d'opérations ? Moins d'hypocrisie eût été préférable et la brutale franchise eût été mieux accueillie.

Mais pour comble, vous établissez un « maximum » et un « minimum » suivant les cas, pour une série d'opérations, à l'article 12.

Et qui donc jugera ces cas ? Le médecin ou le blessé ? Ne voyez-vous pas là encore la porte cent fois ouverte aux discussions les plus pénibles ?

Quel sera l'arbitre juste et sûr ?

Vous ne l'avez pas prévu.

Il y a là un lapsus bien terrible et dangereux.

Du reste, autre lapsus, plus amusant, cependant :

Je lis à l'art. 10, chapitre C, n° 5.

« Sont tarifées au prix de trois visites ou consulta-
« tions, les opérations de diagnostic nécessitant un
« outillage et une technique spéciaux : otoscopie,
« rhinoscopie, laryngoscopie, ophtalmoscopie. »

Et je lis à l'art. 14 :

« A. Médecins oculistes.

« Examen du blessé, y compris un pansement simple : 3 francs.

Ainsi donc le médecin oculiste examinera pour 3 fr. avec ophtalmoscope ce que le médecin ordinaire examinera avec le même instrument, mais avec moins de compétence, pour des honoraires variant de 4 fr. 50 à 7 fr. 50.

D'ailleurs, comparez le tarif des honoraires des oculistes au tarif de la Société d'ophtalmologie de Paris homologué par le Syndicat et appliqué à l'hôpital des Quinze-Vingts par décision de M. le président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, vous verrez que la Commission l'a copié textuellement, point par point.... mais en le réduisant de 39 %. Vous reconnaîtrez que le procédé est parfaitement scandaleux.

Au total ce tarif nous présente donc une série de faits arbitraires, illogiques, contradictoires, et si vous voulez bien voir dans quel sens ou dans quel esprit il a été édicté par le ministre du commerce, lisez sa circulaire du 6 novembre sur l'application de cet arrêté.

Vous y apprendrez que le Ministre voulait unifier les tarifs dans un sens plus équitable pour le corps médical.

Prenons bonne note de cette dernière déclaration que confirme l'avant-dernier paragraphe de cette même circulaire, où le ministre demande à être
« exactement informé de ce qui pourrait éclairer
« son administration dans sa triple préoccupation
« de réserver au corps médical et pharmaceutique
« des rémunérations légitimes, de n'imposer à l'in-
« dustrie que des charges supportables, et de main-
« tenir effectivement, au profit des victimes d'acci-
« dents, le droit légal au libre choix du médecin et
« du pharmacien. »

Mais sans avoir l'épiderme trop chatouilleux, ne sommes-nous pas autorisés à protester contre l'expression « de n'imposer à l'industrie que des « charges supportables. »

Où et quand le médecin a-t-il imposé des conditions qui n'aient pu être supportées par les patrons ?

C'est sans doute la même allusion que celle faite par nos commissaires dans leurs commentaires abrégés du tarif en question. Je vous renvoie à l'alinéa 2 (p. 645 du n° 41 du *Concours médical*, 14 oct. 1905) où l'on vous déclare que :

« D'incontestables abus, des prétentions excessi-
« ves, des actes regrettables même, émanant des

« quelques brebis galeuses du corps médical ou de « quelques écervelés absolument ignorants de nos « usages et intérêts professionnels, nous ont trop « souvent mis en mauvaise posture. »

Soit, mais s'il y a des brebis galeuses chez nous, faisons notre police ; s'ils appartiennent à nos syndicats ou associations professionnelles, nous pouvons (et nous avons le droit et le devoir de le faire) les traiter en conséquence de leurs actes.

Si ces « écervelés » font bande à part, nous aurons d'autres moyens de les atteindre.

L'isolement pourra leur être très préjudiciable. Refusez toute consultation avec eux, laissez-les seuls à leurs actes regrettables, au besoin boycottez-les par tous les moyens professionnels en votre pouvoir et ils devront s'incliner devant votre force et votre union. De la sorte vous n'aurez plus besoin d'accepter « certaines limitations excessives imposées par la suspicion à nos revendications totales, « même quand celles-ci sont les plus légitimes ».

En un mot, le Ministre était sans doute inspiré par de bonnes intentions. La réalisation de ses projets n'a pas été conforme au libéralisme de son esprit et de sa circulaire.

En réalité, nous devons remonter plus haut que cette circulaire. En somme, c'est à la loi elle-même que nous devons attribuer les préoccupations qui nous frappent.

Et, si le lecteur veut bien nous accorder encore quelques instants, nous lui en fournirons les arguments les plus démonstratifs.

Qui donc, en effet et en réalité, acquitte les honoraires du médecin ?

D'une façon officielle ou officieuse, ouverte ou déguisée ; quelle que soit la nature du sinistre, que le médecin soit choisi par l'ouvrier ou le patron, c'est toujours la Compagnie d'Assurances qui intervient au règlement.

Ce n'est un mythe pour personne, pas même pour les pouvoirs publics, y compris le Ministre qui, dans la circulaire du 6 novembre, fait allusion aux « desiderata essentiels qui avaient été formulés, soit par les représentants des ouvriers et des chefs d'entreprises ou de leurs assureurs ».

Or, ceux-ci sont libres d'agir à l'égard de leurs clients comme bon leur semble.

Ils calculent fort bien les primes qu'ils imposent à leurs assurés. — Ils les sérient selon le nombre des ouvriers occupés par le patron, suivant l'industrie qui emploie ces ouvriers.

Nous ne leur avons jamais contesté (et le Parlement encore moins que nous) le droit de se garantir contre des risques de toute nature, au nombre desquels entrent, pour une *large part* (?) les soins médicaux et pharmaceutiques.

Mais alors pourquoi le médecin seul subirait-il des réductions dans ses honoraires ; disons le mot, dans son salaire, puisque le risque est prévu et couvert ?

Il y a plus, d'ailleurs, et ce sera la conclusion de cette étude.

Sur quelle nécessité s'est donc basé le législateur pour édicter des règlements spéciaux, des tarifs absolus dans le cas où l'ouvrier choisit son médecin ?

Il y a contradiction entre le paragraphe 1 de l'article 4 et le paragraphe 2. L'un dit : « Le chef d'entreprise supporte en outre les frais médicaux et pharmaceutiques » ; l'autre dit : « Le chef d'entreprise ne supporte ces frais que jusqu'à concurrence du tarif. »

Pourquoi deux tarifs (1) étaient-ils nécessaires ? N'est-ce pas le même blessé, n'est-ce pas la même blessure, nécessitant les mêmes soins, les mêmes efforts, le même zèle de la part du médecin ?

N'est-il pas foncièrement injuste d'accepter deux tarifs, l'un payé par le patron, l'autre payé par l'ouvrier, alors qu'au fond c'est toujours la même caisse qui paie, c'est-à-dire l'Assurance ?

Oh ! nous comprenons certainement bien l'objection : le législateur a voulu garantir l'industriel contre l'abus qui résulterait du choix du médecin par l'ouvrier.

C'est entendu. Malheureusement, il n'a pas prévu ce point important qu'en fixant un tarif absolu, il a préparé, sans le vouloir, un conflit. Car, ouvrier, patron ou assureur considéreraient et considèrent déjà (nous en avons des exemples précis) les chiffres d'honoraires du tarif comme les seuls dus : le Juge de Paix lui-même instinctivement les acceptera.

Nous avons ainsi, nous semble-t-il, étudié en détail les causes des revendications du Corps Médical de Seine-et-Oise.

Mais diffèrent-elles donc de celles que tous les médecins de France sont en droit de formuler ?

Nous ne le pensons pas et nous sommes tout disposés à croire que les desiderata que nous exprimons sont aussi vrais pour toutes les autres contrées de France que pour Seine-et-Oise, avec des variantes liées aux us et coutumes des dites contrées.

Aussi vous demanderons-nous, chers confrères, après vous avoir exposé les conclusions intéressant le cas particulier du Département de Seine-et-Oise, de franchir le cadre, d'aller plus loin et de vous associer à nous pour formuler des conclusions concernant tous les médecins de France.

Ainsi donc deux ordres de conclusions :

Les premières, propres à Seine-et-Oise, auront pour résultat pratique de modifier la situation qui nous est faite par le tarif ministériel.

Elles pourront, en outre, servir de base ou d'exemple à nos confrères des autres départements.

Les secondes n'auront d'autre but que de provoquer un mouvement général de protestation de tout le Corps Médical et, il faut l'espérer, ce mouvement, fait de raison, de calme et de fermeté, saura réaliser les modifications heureuses et légitimes que nous réclamons.

Et ce sera tout à l'honneur de l'Association de Seine-et-Oise, qui en aura pris l'initiative.

Conclusions intéressant le cas particulier de Seine-et-Oise (1).

Nous demandons :

1° La suppression, dans l'article 1er, du paragraphe 3 ou tout au moins de cette phrase :

« 1° Dans les localités comptant moins de 5000 habitants. »

2° La suppression de l'art. 2 tout entier ;

3° Les distances kilométriques prévues à l'article 8, paragraphe 2, seront comptées conformément à la réalité des choses : à savoir de l'habitation du médecin à l'habitation du blessé.

4° Chaque certificat de constatation ou de guérison ou autre sera tarifé cinq francs.

5° Les honoraires seront uniformes pour les opérations quelle que soit la résidence du médecin.

6° Le tarif concernant les médecins oculistes sera celui des Quinze-Vingts tel qu'il a été accepté par le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur.

---

(1) *Deux* tarifs : ceci résulte expressément de l'article premier, qui fixe le prix de la visite « accident du travail » au-dessous du prix de la visite « ordinaire. »

(1) Au moment même où nous terminons la rédaction de ce rapport, nous trouvons dans le *Concours médical*, n° 4, 28 janvier 1906, p. 68 et suivantes, la lettre des médecins de Villefranche-sur-Saône à M. le Ministre du Commerce. Nous y lisons avec plaisir leurs conclusions à peu de chose près totalement identiques aux nôtres.

Nous avions donc raison de penser que nous n'étions pas seuls de notre avis.

Ceci nous donne confiance et espoir dans l'avenir.

Conclusions soumises à tous les médecins de France au sujet de la loi-accidents.

1° Nous ne pouvons, malgré les conseils du Ministre (Circulaire du 6 nov. 1905), accepter le tarif édicté, ou mieux, nous devons laisser à chaque groupement syndical ou professionnel le soin de prendre une décision à cet égard.

2° Nous devons prévoir, pour l'année 1907, la révision de ce tarif.

3° D'ici là nous préparerons un mouvement de protestation générale.

A. Pour ce faire, nous procéderons par voie de referendum collectif. Nous demanderons à tous les présidents de syndicats ou de groupements médicaux de nous faire savoir si leurs associations adhèrent à nos conclusions et de nous adresser cette décision signée de tous leurs membres.

B. Nous demanderons à tous les médecins, candidats aux élections sénatoriales, législatives ou autres, de prendre l'engagement formel de soutenir près des pouvoirs publics nos revendications qui ne sont que légitimes (1).

C. Nous interviendrons directement près des médecins, par hasard isolés, en les priant, dans leur intérêt, de joindre leur voix à la nôtre.

4° Nous demanderons à tout le Corps Médical de désigner, par élection, des représentants pris parmi les praticiens réels, au nombre de dix environ, qui seront chargés d'aller près du ou des ministres compétents exposer nos revendications.

5° Ces revendications se formuleront ainsi :

A. Conclusions propres aux médecins de chaque région.

B. Substitution au tarif ministériel des tarifs syndicaux.

C. Rétablir, suivant les indications antérieures, les honoraires prévus et pratiqués par les chirurgiens d'hôpitaux pour les accidents du travail.

D. Que dans les Commissions chargées d'étudier ou d'élaborer des tarifs médicaux quelconques, les médecins soient représentés par un nombre égal et proportionnel à celui des autres membres de la Commission.

6° Nous demandons à tous les médecins, groupés ou isolés, syndiqués ou non, de manifester par tous les moyens dont ils disposent (conversations, influences politiques ou administratives, presse médicale, grande presse), qu'ils sont fermement résolus à défendre leur honorabilité qui est la seule garantie des clients, et à prouver, au besoin même par la grève, qu'ils feront triompher leurs revendications et que, par-dessus tout, ils entendent conserver à leur profession son caractère libéral.

Versailles, le 20 février 1906.

Vu et approuvé : Dr Jean CAMESCASSE.

Le Rapporteur, Dr MILON.

(1) N. D. L. R. Ce but sera atteint si nos confrères remettent à chaque candidat le présent numéro fait en vue des élections.

LES MODIFICATIONS A PROPOSER

Le Conseil de Direction du *Concours Médical*, s'inspirant des desiderata que rappelle l'étude ci-dessus, desiderata qui sont ceux de tous les blessés et de tous les médecins (comme le prouvera une fois de plus le referendum proposé par l'Association des médecins de Seine-et-Oise), croit devoir les traduire en demandant que le texte de la loi accidents soit revisé par nos futurs élus.

Nous donnons à nos lecteurs les articles à rectifier et les principales modifications à y apporter.

ART. 4.— Le chef d'entreprise supporte, en outre, les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de 100 francs au maximum.

La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du Ministre du Commerce, après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants de syndicats de médecins et de pharmaciens, de *syndicats professionnels ouvriers et patronaux*, de sociétés d'assurances contre les accidents du travail et de syndicats de garantie, et qui ne pourra être modifié qu'à intervalles de deux ans.

Le chef d'entreprise est seul tenu dans tous les cas, en outre des obligations contenues en l'article 3, des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne pourront dépasser le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893 majoré de 50 0/0, ni excéder jamais 4 francs par jour pour Paris ou 3 fr. 50 partout ailleurs.

Les médecins ou pharmaciens, ou les établissements hospitaliers peuvent actionner directement le chef d'entreprise.

Au cours du traitement, le chef d'entreprise pourra désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le juge de paix, donnera audit médecin accès hebdomadaire auprès de la victime, en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée.

Faute par la victime de se prêter à cette visite, le paiement de l'indemnité journalière sera suspendu par décision du juge de paix, qui convoquera la victime par simple lettre recommandée.

Si le médecin certifie que la victime est en état de reprendre son travail et que celle-ci le conteste, le chef d'entreprise peut, lorsqu'il s'agit d'une incapacité temporaire, requérir du juge de paix une expertise médicale qui devra avoir lieu dans les cinq jours. (1905.)

ART. 5. — Les chefs d'entreprise peuvent se décharger pendant les trente, soixante ou quatre-vingt-dix premiers jours à partir de l'accident, de l'obligation de payer aux victimes les frais de maladie et l'in-

ARTICLE 4.

Texte proposé :

Le chef d'entreprise supporte, en outre :

1° Les frais funéraires jusqu'à concurrence de la somme maxima de 100 francs ;

2° Tous frais de traitement à domicile, quels qu'ils soient, calculés d'après le tarif du syndicat médical et du syndicat pharmaceutique de la région où le blessé est soigné, et relevés sur une note assez détaillée pour *mettre en évidence tous abus* qu'il y aurait lieu pour le juge d'écarter ;

3° S'il y a urgence d'hospitalisation, les frais de séjour dans l'établissement fixés avec majoration de 50 % sur le prix local de la journée d'assistance, et les frais médicaux et pharmaceutiques établis comme dans le cas de traitement à domicile.

Les médecins, les pharmaciens, les établissements hospitaliers peuvent actionner directement le chef d'entreprise ou, à leur choix, l'assureur substitué, s'il s'est fait connaître.

(Le reste comme dans le texte actuel.)

ARTICLE 5.

Dire au 2e, secours au lieu de soins.

* *

demnité temporaire, ou une partie seulement de cette indemnité comme il est spécifié ci-après, s'ils justifient :

1° Qu'ils ont affilié leurs ouvriers à des Sociétés de Secours mutuels et pris à leur charge une quote-part de la cotisation qui aura été déterminée d'un commun accord, et en se conformant aux statuts-types approuvés par le ministre compétent, mais qui ne devra pas être inférieure au tiers de cette cotisation ;

2° Que ces Sociétés assurent à leurs membres en cas de blessures, pendant trente, soixante ou quatre-vingt-dix jours, les soins médicaux et pharmaceutiques et une indemnité journalière.

Si l'indemnité journalière servie par la Société est inférieure à la moitié du salaire quotidien de la victime, le chef de l'entreprise est tenu de lui verser la différence.

Ajouter un 3° ainsi conçu :

« Qu'elles s'abstiennent de l'organisation de services de traitements médicaux et pharmaceutiques, afin de laisser aux blessés le libre choix de leur médecin et de leur pharmacien».

Art. 13. — L'enquête a lieu contradictoirement dans les formes prescrites par les articles 35, 36, 37, et 38 du Code de procédure civile en présence des parties intéressées ou celles-ci convoquées d'urgence par lettre recommandée.

Le juge de paix doit se transporter auprès de la victime de l'accident qui se trouve dans l'impossibilité d'assister à l'enquête.

Lorsque le certificat médical ne lui paraîtra pas suffisant, le juge de paix pourra désigner un médecin pour examiner le blessé.

Il peut aussi commettre un expert pour l'assister dans l'enquête.

Il n'y a pas lieu, toutefois, à la nomination d'expert dans les entreprises administrativement surveillées, ni dans celles de l'Etat placées sous le contrôle d'un service distinct du service de gestion, ni dans les établissements nationaux où s'effectuent des travaux que la sécurité publique oblige à tenir secrets. Dans ces divers cas, les fonctionnaires chargés de la surveillance ou du contrôle de ces établissements ou entreprises, et, en ce qui concerne les exploitations minières, les délégués à la sécurité des ouvriers mineurs transmettent au juge de paix, pour être joints au procès-verbal d'enquête, un exemplaire de leurs rapports.

Sauf les cas d'impossibilité matérielle, dûment constatés dans le procès-verbal, l'enquête doit être close dans le plus bref délai et, au plus tard, dans les dix jours à partir de l'accident.

Le juge de paix avertit, par lettre recommandée, les parties, de la clôture de l'enquête et du dépôt de la minute au greffe, où elles pourront, pendant un délai de cinq jours, en prendre connaissance et s'en faire délivrer une expédition affranchie du timbre et de l'enregistrement. A l'expiration de ce délai de cinq jours, le dossier de l'enquête est transmis au président du tribunal civil de l'arrondissement.

Article 13.

Ajouter au paragraphe 4 :

« Dans le cas où le rapport de cet expert serait contredit par deux ou plusieurs certificats médicaux, le juge doit ordonner une contre-expertise ».

TITRE III.

Art. 15. — Sont jugés en dernier ressort, par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever et dans les quinze jours de la demande, les contestations relatives tant aux frais funéraires qu'aux indemnités temporaires.

Les indemnités temporaires sont dues jusqu'au jour du décès ou jusqu'à la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve, soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente ; elles continuent, dans ce dernier cas, à être servies jusqu'à la décision définitive prévue à l'article suivant, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa du dit article.

Si l'une des parties soutient, avec un certificat médical à l'appui, que l'incapacité est permanente, le juge de paix doit se déclarer incompétent par une décision dont il transmet, dans les trois jours, expédition au président du tribunal civil. Il fixe, en même temps, s'il ne l'a fait antérieurement, l'indemnité journalière.

Le juge de paix connaît des demandes relatives au paiement des frais médicaux et pharmaceutiques jusqu'à 300 francs en dernier ressort et à quelque chiffre que ces demandes s'élèvent, à charge d'appel dans la quinzaine de la décision.

Les décisions du juge de paix relatives à l'indemnité journalière sont exécutoires nonobstant opposition. Ces décisions sont susceptibles de recours en cassation pour violation de la loi.

Lorsque l'accident s'est produit en territoire étranger, le juge de paix compétent, dans les termes de l'article 12 et du présent article, est celui du canton où est situé l'établissement ou le dépôt auquel est attachée la victime.

Lorsque l'accident s'est produit en territoire français, hors du canton où est situé l'établissement ou le dépôt auquel est attachée la victime, le juge de paix de ce dernier canton devient exceptionnellement compétent, à la requête de la victime ou de ses ayants droit adressée, sous forme de lettre recommandée, au juge de paix du canton où l'accident s'est produit, avant qu'il n'ait été saisi dans les termes du présent article ou bien qu'il n'ait clos l'enquête prévue à l'article 13. Un récépissé est immédiatement envoyé au requérant par le greffe, qui avise, en même temps que le chef d'entreprise, le juge de paix devenu

Article 15.

Remplacer le parag. 3, par ce texte :

Par. 2. Le juge de paix sera seul compétent pour fixer la date de consolidation de la blessure, d'après le rapport de son expert dont la mission exclusive sera de préciser cette date, sans pouvoir formuler d'avis sur le quantum de l'incapacité ».

Par. 3. Le tribunal sera seul compétent pour fixer le taux de la rente d'après les rapports de ses experts qui auront pour mission exclusive, au contraire, de déterminer le quantum de l'incapacité sans pouvoir émettre d'avis sur la date de la consolidation.

La rente fixée par le tribunal partira toujours de la date de consolidation indiquée par le juge de paix.

Un Tribunal arbitral composé d'un patron et d'un ouvrier présidé par un magistrat sera seul compétent pour juger en premier ressort tous les litiges ayant trait à la loi sur les accidents du travail (1).

(1) Ce tribunal arbitral existe sous différentes formes en Allemagne, en Angleterre, en Espagne, en Belgique.

compétent, et, s'il y a lieu, transmet à ce dernier le dossier de l'enquête, dès sa clôture, en avertissant les parties, conformément à l'article 13.

Si, après transmission du dossier de l'enquête au président du tribunal du lieu de l'accident et avant convocation des parties, la victime ou ses ayants-droit justifient qu'ils n'ont pu, avant la clôture de l'enquête, user de la faculté prévue à l'alinéa précédent, le président peut, les parties entendues, se dessaisir du dossier et le transmettre au président du tribunal de l'arrondissement où est situé l'établissement ou le dépôt où est attachée la victime. (1905.)

Art. 16. — En ce qui touche les autres indemnités prévues par la présente loi, le président du tribunal de l'arrondissement, dans les cinq jours de la transmission du dossier, si la victime est décédée avant la clôture de l'enquête, ou, dans le cas contraire, dans les cinq jours de la production par la partie la plus diligente, soit de l'acte de décès, soit d'un accord écrit des parties reconnaissant le caractère permanent de l'incapacité ou *bien de la réception de la décision du juge de paix visée au troisième alinéa de l'article précédent*, ou enfin, s'il n'a pas été saisi d'aucune de ces pièces, dans les cinq jours précédant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 18, lorsque la date de cette expiration lui est connue, convoque la victime ou ses ayants droit, le chef d'entreprise, qui peut se faire représenter et, s'il y a assurance, l'assureur. Il peut, du consentement des parties, commettre un expert dont le rapport doit être déposé dans le délai de huitaine.

En cas d'accord entre les parties, conforme aux prescriptions de la présente loi, l'indemnité est définitivement fixée par l'ordonnance du président, qui en donne acte en indiquant, sous peine de nullité, le salaire de base et la réduction que l'accident aura fait subir au salaire.

En cas de désaccord, les parties sont renvoyées à se pourvoir devant le tribunal, qui est saisi par la partie la plus diligente et statue comme en matière sommaire, conformément au titre XXIV du livre II du Code de procédure civile. Son jugement est exécutoire par provision.

En ce cas, le président, par son ordonnance de renvoi et sans appel, peut substituer à l'indemnité journalière une provision inférieure au demi-salaire ou, dans la même limite, allouer une provision aux ayants droit. Ces provisions peuvent être allouées ou modifiées en cours d'instance par voie de référé sans appel. Elles sont incessibles et insaisissables et payables dans les mêmes conditions que l'indemnité journalière.

Les arrérages des rentes courent à partir du jour du décès ou de la consolidation de la blessure, sans se cumuler avec l'indemnité journalière ou la provision.

Dans le cas où le montant de l'indemnité ou de la provision excède les arrérages dus jusqu'à la date de la fixation de la rente, le tribunal peut ordonner que le surplus sera précompté sur les arrérages ultérieurs dans la proportion qu'il détermine.

S'il y a assurance, l'ordonnance du président ou le jugement fixant la rente allouée spécifie que l'assureur est substitué au chef d'entreprise dans les termes du titre IV, de façon à supprimer tout recours de la victime contre ledit chef d'entreprise. (1905.)

Article 16.

Nous proposons la suppression de la partie du 1er paragraphe relative à la décision du juge de paix qui se trouve en italique dans le texte ci-contre.

Demandons la suppression de ce paragraphe 4.

Bulletin à faire détacher et adresser par les Présidents des Syndicats ou de Groupements Professionnels.

Le *1906*

Le Président d (1) ....

affirme que dans son Assemblée Générale du (2) ....

l (3) .... *a déclaré adhérer entièrement aux conclusions formulées dans le rapport des Drs Camescasse et Milon, les approuver complètement et s'engager à poursuivre, d'accord avec tous les groupements professionnels adhérents à ces conclusions, la réalisation des modifications prévues par ce rapport.*

(Signature) ....

(1) Du Syndicat ou Société de Médecine ou de l'Association Générale de

(2) Date de la Réunion.

(3) Syndicat, Société ou etc...

Art. 17. — Les jugements rendus en vertu de la présente loi sont susceptibles d'appel selon les règles du droit commun. Toutefois, l'appel, sous réserve des dispositions de l'article 419 du code de procédure civile, devra être interjeté dans les trente jours de la date du jugement s'il est contradictoire, et s'il est par défaut, dans la quinzaine à partir du jour où l'opposition ne sera plus recevable.

L'opposition ne sera plus recevable au cas de jugement par défaut contre partie, lorsque le jugement n'aura été signifié à personne, passé le délai de quinze jours à partir de cette signification.

La Cour statuera d'urgence dans le mois de l'acte d'appel. Les parties pourront se pourvoir en Cassation.

Toutes les fois qu'une expertise médicale sera ordonnée, soit par le juge de paix, soit par le Tribunal ou par la Cour d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé, ni un médecin attaché à l'entreprise ou à la Société d'assurance à laquelle le chef d'entreprise est affilié. (1902.)

Article 17.

Modifier ainsi le paragraphe 4.

....

ni un médecin attaché à une société d'assurance quelconque, toutes les fois qu'une des parties produira cinq certificats médicaux concluants dans un sens opposé à l'expertise, il sera, de droit, nommé 3 autres experts.

Art. 22. — Le bénéfice de l'assistance judiciaire est accordé de plein droit, sur le visa du procureur de la République, à la victime de l'accident ou à ses ayants droit devant le président du tribunal civil et devant le tribunal.

Le procureur de la République procède comme il est prescrit à l'article 13 (§§ 2 et suivants) de la loi du 22 janvier 1851, modifiée par la loi du 10 juillet 1901.

Le bénéfice de l'assistance judiciaire s'applique de plein droit à l'acte d'appel. Le premier président de la cour, sur la demande qui lui sera adressée à cet effet, désignera l'avoué près la Cour dont la constitution figurera dans l'acte d'appel, et commettra un huissier pour le signifier.

Le bénéfice de l'assistance judiciaire en appel ou en cassation est accordée de plein droit à tout blessé produisant cinq certificats de médecins, affirmant que l'incapacité du blessé est supérieur au chiffre fixé par le jugement dont on veut faire appel.

Si la victime de l'accident se pourvoit devant le bureau d'assistance judiciaire pour en obtenir le bénéfice en vue de toute la procédure d'appel, elle sera dispensée de fournir les pièces justificatives de son indigence.

Le bénéfice de l'assistance judiciaire s'étend de plein droit aux instances devant le juge de paix, à tous les actes d'exécution mobilière et immobilière et à toute contestation incidente à l'exécution des décisions judiciaires.

L'assisté devra faire déterminer par le bureau d'assistance judiciaire de son domicile la nature des actes et procédure d'exécution auxquels l'assistance s'appliquera. (1902.)

Art. 30. — Toute convention contraire à la présente loi est nulle de plein droit. Cette nullité, comme la nullité prévue au deuxième aliéna de l'article 16 et au troisième alinéa de l'article 19, peut être poursuivie par tout intéressé devant le tribunal visé auxdits articles.

Toutefois, dans ce cas, l'assistance judiciaire n'est accordée que dans les conditions du droit commun.

Médecin traitant et pharmacien sont toujours choisis par la victime ou ses représentants. Toute organisation de services de traitement et toute manœuvre du chef d'entreprise responsable ou

La décision qui prononce la nullité fait courir à nouveau du jour où elle devient définitive, les délais impartis soit pour la prescription, soit par la revision.

Sont nulles de plein droit et de nul effet les obligations contractées pour rémunération de leurs services, envers les intermédiaires qui se chargent, moyennant émoluments convenus à l'avance, d'assurer aux victimes d'accidents ou à leurs ayants-droit le bénéfice des instances ou des accords prévus aux articles 15, 16, 17 et 19.

Est passible d'une amende de 16 francs à 300 fr. et, en cas de récidive dans l'année de la condamnation, d'une amende de 500 francs à 2.000 francs, sous réserve de l'application de l'article 463 du Code pénal : 1° tout intermédiaire convaincu d'avoir offert les services spécifiés à l'alinéa précédent ; 2° tout chef d'entreprise ayant opéré, sur le salaire de ses ouvriers ou employés, des retenues pour l'assurance des risques mis à sa charge par la présente loi ; 3° toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la présente loi, aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin ; 4° tout médecin ayant, dans des certificats délivrés pour l'application de la présente loi, sciemment dénaturé les conséquences des accidents (1905).

Le médecin ou les parents du blessé auront droit d'exercer des poursuites pour infraction au présent article.

d'une personne interposée qui tendraient à ménacer cette liberté de confiance quand elle n'est pas reprochable d'abus, est passible d'une amende de 16 francs à 300 francs et, en cas de récidive dans l'année de la condamnation, d'une amende de 500 francs à 2000 francs.

N. D. L. D. — Nous appelons toute l'attention et la réflexion de nos confrères sur les modifications nécessaires que nous venons de préciser pour le futur texte de la loi-accidents.

C'est cela qu'il faut mettre sous les yeux des candidats à la députation : c'est cela que réclament et réclameront les blessés et les médecins jusqu'à ce qu'ils l'aient obtenu.

Ils ne donneront leurs voix qu'à des hommes qui se seront engagés à obtenir ces réformes. Et en réclamant celles-ci, ils sont absolument certains de ne vouloir que des choses équitables, raisonnables, *parfaitement compatibles avec les charges de l'industrie et du commerce et même avec la prospérité des compagnies d'assurances, mieux administrées qu'elles ne le sont aujourd'hui.*

Nous ne voulons plus et nous ne pouvons plus admettre que blessés et médecins soient exploités uniquement pour faire de beaux revenus à quelques barons de la finance : tout ce que nous demandons se résume en cela et pas autre chose.

LA REVISION DE LA LOI MUTUELLE

Dans le courant de l'année dernière, un referendum organisé dans tout le corps médical a fixé d'une façon définitive et uniforme l'opinion unanime des médecins sur ce que devaient être leurs rapports avec les mutualistes malades.

La question avait été posée de la façon suivante par toutes nos Sociétés.

La revision de la loi mutuelle.

Ainsi que nous le disions dans l'avant-dernier numéro, le Conseil supérieur de la Mutualité prépare un projet de modification de la loi du 1er avril 1898.

M. le Dr Lourties, sénateur, premier vice-président de ce Conseil, et M. Léopold Mabilleau, président de la Fédération nationale de la Mutualité française, viennent d'adresser un pressant appel à toutes les Sociétés de Secours mutuels du pays pour qu'elles répondent au referendum organisé d'accord avec eux par l'*Avenir de la mutualité*.

Les réponses de ce referendum devront être préparées par les bureaux des Sociétés réunis d'urgence à cet effet et transmises avant le 28 février prochain, à l'*Avenir de la mutualité*, 10, rue Saint-Christoly, à Bordeaux, chargé d'en faire le dépouillement et de les remettre au Conseil supérieur de la Mutualité, à l'ouverture de la session extraordinaire qui est fixée *au 3 avril prochain.*

L'Union des syndicats médicaux n'avait donc plus une minute à perdre, si elle voulait que sa voix fût entendue en temps utile sur la question des rapports entre les S. S. M, et les médecins, et c'est pourquoi M. le Dr Gairal a saisi le Conseil supérieur.

Il semble que, des deux côtés, on soit bien résolu, cette fois, à trouver le terrain d'entente : il le faut d'ailleurs absolument dans l'intérêt des deux parties.

On le disait, dans la coulisse, depuis quelque temps déjà ; mais M. Eugène Joly, secrétaire du Conseil supérieur, vient d'écrire dans l'*Avenir de la mutualité*, du 25 décembre 1901, un article où il déclare que cette entente est devenue « le Devoir immédiat ». Nous souscrivons à cette affirmation.

La discussion s'ouvre donc d'elle-même, et d'urgence en ce qui nous concerne. Il serait inadmissible, en effet, que lorsque les S. S. M. auront apporté les résultats de leur référendum, le délégué des Syndicats médicaux n'eût pas réuni, de son côté, les éléments les plus certains de nos revendications et les conclusions fermes qui en découlent.

Nous avons donc deux mois, tout juste, pour préciser ce que nous voulons, et pour écarter nettement des négociations les demandes incompatibles avec la dignité et les obligations professionnelles.

Ce qu'a pu faire en deux mois, tout dernièrement, à propos de la loi-accidents, l'accord parfait entre l'Union des Syndicats médicaux, l'Association générale des médecins de France, le Concours médical, nos lecteurs ou amis l'apprirent à notre banquet de novembre. Nous devons savoir, au banquet de l'Association générale, qui aura lieu en mai, ce qu'aura donné ce même accord devant les textes de la loi mutuelle à modifier.

L'étude est faite.

Si on veut qu'aboutisse rapidement l'étude à faire en commun entre nous, médecins, comment serait-il sage de la conduire ?

Chacun de nous, ou chacun de nos syndicats, reprenant à son tour le rocher de Sisyphe, doit-il reconstituer lui-même, à l'aide des collections du *Concours médical*, du *Bulletin de l'Union des Syndicats*, des journaux officiels de la mutualité, etc., l'historique des innombrables négociations antérieures, des tentatives de conciliation plus ou moins générales, des échanges de vues entre ligues mutualistes et délégués médicaux, des solutions bâtardes proposées à droite ou à gauche, à différentes époques ?

Ce serait une déplorable méthode de travail. Pourquoi ? Parce que, de tous ces efforts, rien de

viable n'est jamais sorti ; parce que, à s'y trop attacher, on court le risque de diverger au lieu de converger à l'heure décisive ; parce que ce serait retomber dans un embarras comme celui où nous conduisirent les tarifs ouvriers multiples qu'il fallut unifier plus tard ; parce que, surtout, cette ingrate besogne de documentation consciencieuse, recueillie sans parti-pris, la thèse Darin l'a méticuleusement accomplie.

Il n'y a plus rien à rechercher, rien à interroger, quand on a lu et relu ce travail. A tous ceux dont nous sollicitons les avis, nous disons donc : « Dès que vous aurez lu cette thèse, vous serez en mesure de formuler vos opinions définitives. C'est cela qui importe, le moment des dissertations étant passé, et arrivé, au contraire, celui de déposer des amendements en vue du vote. »

Conclusions de l'étude.

Supposons donc cette préparation acquise par chacun de nous, puisqu'elle peut l'être demain, et entrons dans la délibération, sans perdre une minute.

La première préoccupation qui nous vient est celle-ci :

Il ne s'agit plus aujourd'hui, comme jadis, de rechercher des expédients, des *modus vivendi*, qui permettent à une tendance sociale dont on se défie, de se développer en se glissant à travers des textes de loi, en s'aidant de certains appuis bénévoles et discrets, en mesurant au jour le jour l'importance qu'elle veut demander à ces appuis : ainsi vécut d'abord la Mutualité.

Non : la situation est tout autre.

En 1898, la Mutualité a conquis sa charte. Elle s'est fait attribuer des droits là où elle ne possédait que des faveurs ; elle a, en même temps, assumé des devoirs à l'égard des organes de la Société qui lui ont fait place au milieu d'eux. Quand on parle de reviser cette charte, ce ne peut être que pour substituer une forme définitive au caractère encore provisoire et imparfait dont elle a paru revêtue, et tout le monde reconnaît que c'est seulement sous cette forme définitive de sa constitution que la mutualité est assurée de parvenir au degré d'expansion qu'elle mérite, que tous souhaitent, que tous veulent pouvoir encourager. — Oui, c'est bien à la loi, à un texte durable, qu'il faut demander la définition précise, rigoureuse, immuable pour la sécurité de tous, de ce que la mutualité doit prendre ou respecter en vue de la bonne harmonie sociale. — Oui, par conséquent, la revision doit être complète et envisager les lointains avenirs : oui, ceux qui la préparent et ceux qu'elle intéresse se trouvent jetés dans la question de principe et ne sauraient la sacrifier à des détails mesquins dominés par la routine. Ainsi le veut la prévoyance, ce but élevé dont la mutualité elle-même n'est qu'un moyen.

Mais (c'est le deuxième point à rappeler) nous n'avons à nous entendre qu'avec les Mutuelles-maladie, toutes les autres ne menaçant en rien nos légitimes intérêts. Et, même, vis-à-vis des Mutuelles-maladies, nous n'avons à nous occuper que de ce qui concerne les services de l'homme de l'art.

Spontanément, pour éviter des reproches qui nous furent adressés (circulaire Vallé) et pour bien délimiter le terrain de la discussion, nous proposons de laisser en dehors de celle-ci tout ce qui est vraiment du domaine administratif d'une Société de secours mutuels et de nous cantonner dans les choses exclusivement médicales.

Aux Sociétés de dire librement comment elles veulent se recruter ; aux Sociétés de fixer le montant de la cotisation globale et de pratiquer la ventilation entre l'indemnité pour incapacité de travail et les autres indemnités pour soins médicaux et chirurgicaux, pour frais pharmaceutiques, pour dépenses hospitalières, pour frais funéraires, etc.

Tout cela, c'est un budget d'assurance à établir suivant le système des actuaires, avec tables, barèmes, etc. Le Conseil de la Mutualité contient assez de spécialistes, et des plus distingués, pour que nous n'ayons pas besoin de nous immiscer dans cette partie de leur tâche.

Nous ne demandons voix au chapitre que sur deux points de ce budget ; l'un est aux Recettes, l'autre aux Dépenses.

Parlons d'abord de celui-ci parce qu'il est seul un objet de controverse.

Jusqu'ici, les S. S. M. se sont arrogé, sans qu'on ait protesté, une liberté qu'elles n'avaient pas, celle d'organiser un service médical et pharmaceutique. Se plaçant ainsi abusivement entre le Sociétaire et les hommes de l'art auxquels celui-ci veut faire confiance, elles ont violé la liberté du premier, menacé, par diverses exigences, les garanties qu'il tient du secret professionnel, réglementé à leur caprice et en toute fantaisie les soins qui lui seraient assurés et ceux qu'il aurait à s'assurer lui-même, précisé en toute incompétence les modes, les doses, la mesure, la durée, les prix applicables à ces soins, contrôlé et critiqué toutes choses médicales qui n'étaient en aucune façon de leur ressort ; elles ont mis le médecin et le pharmacien entre l'obligation de faire tout au mieux pour leur client et, d'autre part, de sacrifier cette obligation même à d'absurdes chinoiseries réglementaires, et, s'ils sont parvenus à réaliser le problème sans s'attirer des blâmes, il leur arrive trop souvent de rencontrer au bout de l'affaire les désobligeants marchandages d'honoraires dont sont coutumiers tous les tiers responsables qui ignorent les bons mouvements de la reconnaissance personnelle.

Somme toute, il faut bien le reconnaître, avec ou sans précautions oratoires, l'organisation du service médical et pharmaceutique par les Mutuelles elles-mêmes ne fut jamais, en réalité, inspiré par une indication philanthropique ; elle n'eut pour but et pour résultat que d'opérer des retenues d'office, et souvent par des procédés illégaux, sur ce qui était dû et aux sociétaires, et aux médecins, et aux pharmaciens, et de thésauriser, tout cela en laissant croire que les bénéfices résultaient de l'heureuse proportion établie entre les cotisations et les indemnités. — Dîme, impôt forcé au préjudice des tiers qui donnaient des soins, telle fut l'origine de la plus grande partie du trésor mutualiste ; l'autre, impôt volontaire des gens aisés inscrits comme honoraires, subventions de l'Etat, des départements, des communes, reste bien au-dessous, malgré les bruyantes manifestations de solidarité dont on l'environne, depuis quelques années surtout, par préoccupations électorales et politiques.

Or, il est arrivé et archi-démontré qu'à cette heure, la matière imposable de la première catégorie n'en peut mais, et que sa contribution va manquer. La gêne et parfois la misère se sont assises aux foyers des médecins et des pharmaciens : elles y sont depuis assez longtemps pour en avoir banni la résignation et appelé la révolte. « Ventre affamé n'a pas d'oreilles » dit un proverbe » ; et un autre répond, sans souci de la trivialité : « On ne peigne pas un diable qui n'a pas de cheveux ».

Qu'on veuille ou non le voir ou l'avouer, nous en sommes là, à l'ouverture des négociations, et cette situation dictera, quoiqu'on fasse, les résolutions à prendre, si on les veut équitables.

Toutes combinaisons, si ingénieuses soient-elles, qui partiraient du principe d'organisation de services médicaux et pharmaceutiques par les Mutuelles ne donneront jamais que des satisfactions d'attente et sont sans avenir durable. Les médecins et les pharmaciens en étaient depuis longtemps convaincus ; c'est aussi l'opinion, aujourd'hui, des Lépine, des Frédéric Passy, et de tous les mutualistes qui ne ferment pas systématiquement les yeux pour ne point voir.

L'Union des Syndicats médicaux, le Concours médical, ont fait, depuis dix ans, des propositions très étudiées, très conciliantes, qui supposaient le

maintien de ce droit d'organisation aux S. S. M. Elles dépassaient en concessions les limites que nous impose aujourd'hui la gêne médicale fort accrue depuis lors. Eh bien ! malgré cela, les discussions théoriques et les expériences loyales tentées en quelques régions ont été d'accord pour démontrer non viable le régime institué sous leur égide. Ni le goût de la liberté, ni le droit de confiance inhérent à la seule personnalité du sociétaire, ni la nécessité des rapports sans intermédiaire entre le malade et son médecin, ni enfin le caractère libéral et indépendant du tiers qui donne ses soins, ne se prêtent aux conventions de nature absolument commerciale que constituent fatalement les services organisés par les Mutuelles. Aussi a-t-on piteusement échoué quand on négociait de très haut entre délégués des Sociétés générales de mutualistes et de médecins.

Certains se flattent (c'est la proposition mutualiste à la mode) de mieux réussir dans des négociations départementales. « Il appartient, dit l'*Avenir de la mutualité*, aux unions départementales d'arriver à une unification de traitement et d'honoraires, cela en prenant l'initiative d'une entente avec les syndicats médicaux. Une commission mixte, composée des délégués de l'Union et des délégués du Syndicat médical départemental, arrivera partout à un *modus vivendi* acceptable et honorable pour les deux associations, qui ont tout intérêt à marcher la main dans la main ».

Nous sommes de ceux qui ont voulu partager cet espoir, et qui ont fait, depuis deux ans, dans un milieu exceptionnellement favorable, l'expérience de cette méthode. Et qu'en est-il sorti ? La démonstration que l'*Union départementale* peut, comme tribunal d'arbitrage, avec des prodiges de tact et à la faveur du crédit personnel de ses membres, fournir des solutions provisoires aux conflits aigus, mais que l'unification des services médicaux, si elle apparaît à la rigueur possible du côté des médecins et pharmaciens, est radicalement empêchée par la diversité des statuts, des cotisations, des pratiques routinières auxquels sont attachées les Sociétés qui composent une *Union*, et dont celle-ci doit, de par la loi même (art. 8), respecter l'autonomie.

Décidons-nous donc à descendre des nuages de la théorie, du sentimentalisme erroné, des à peu près philantropiques : ils ont fait leur temps jusqu'à ne plus apparaître à cette heure que comme un évident parasitisme.

Propositions.

Les Mutuelles-maladie doivent désormais promettre (loi en main) tout le *secours* nécessaire en cas de maladie (ou de blessure non couverte par la législation accidents du travail). Avec cette indemnité-*secours*, distincte de l'indemnité pour cessation de travail, le mutualiste se procurera les *soins*, usant de sa liberté entière, sous le contrôle silencieux des visiteurs, dépensant ce que le médecin de son choix lui dira indispensable, économisant le reste, et pratiquant ainsi lui-même la limitation d'abus que les Sociétés, fût-ce au prix de vexations et d'iniquités, ne réalisèrent et ne réaliseront jamais. La maladie une fois terminée, la Société versera, de cette indemnité-spéciale, au médecin et au pharmacien ce qui leur revient, au sociétaire le reliquat s'il en existe. Voilà ce que nous demandons et rien de plus.

Nous savons bien quelle est la réponse à cette proposition dictée par toutes les nécessités et seule admissible pour un texte de loi. On va nous dire « Quelle charge crée-t-elle ? » Si la mutualité se bornait à la clientèle ouvrière, elle serait renseignée par le *tarif ouvrier* rédigé au sujet de la loi des accidents. Mais elle entend se recruter à son gré et nous voulons respecter ce désir. Nous lui dirons donc : Chaque mutualiste honorera médecin et pharmacien d'après le tarif de la classe sociale à laquelle il appartient : ces chiffres-là sont publiés ; d'après eux, d'après vos tables, vos relevés, vos barèmes, vous calculerez l'indemnité *secours* pour frais médicaux et pharmaceutiques et vous conclurez : 1° le quantum correspondant de la cotisation pour le participant ; 2° le quantum à chercher dans les autres ressources du budget des recettes ; tout cela, en observation jusqu'ici insuffisamment pratiquée de la spécialisation des fractions de la cotisation globale, que prévoit pourtant l'article 5 de la loi mutuelle.

Nous ne sommes ni assez compétent ni assez techniquement documenté pour improviser nous-même ces calculs et tableaux. En revanche, il nous paraît possible de proposer les modifications du texte de la loi qui nous donneront satisfaction, en consacrant ce que nous venons de réclamer.

L'autorisation d'organiser des services médicaux et pharmaceutiques résultait vaguement du 2e paragraphe de l'article 8, et encore n'était-elle prévue que pour les Unions, dans les termes suivants :

« Art. 8. — Il peut être établi, entre les Sociétés de Secours mutuels, en conservant d'ailleurs à chacune d'elles sont autonomie, des Unions ayant pour objet notamment :

1° L'organisation, en faveur des membres participants, *des soins* et des secours énumérés dans l'article premier, *notamment la création de pharmacies dans les conditions déterminées par les lois spéciales sur la matière.* »

Or, l'article premier n'a jamais visé des soins. Si l'on supprime les mots que nous venons de souligner, *cet article signifiera bien qu'on* renonce à concurrencer, pressurer et domestiquer les médecins et les pharmaciens, et qu'on aura voulu couper les ailes à ces chimères malfaisantes qui ont nom : dispensaires, pharmacies, cliniques et toutes autres organisations gérées par les Mutuelles-maladie, dans un but commercial et non philantropique.

Que si, d'autre part, nous disons à l'article 5, « Les statuts déterminent :

1° ....

2° ....

3° ....

4° « Les obligations et les avantages des membres participants, notamment la liberté pour eux de choisir leur médecin et leur pharmacien parmi ceux qui desservent la commune et acceptent d'être rémunérés d'après les tarifs appliqués à la classe sociale dont le sociétaire fait partie ; » il semble bien que satisfaction sera acquise aux desiderata que nous avons exposés.

Voilà ce que nous avions à dire à propos du chapitre médical du budget des dépenses dans les Mutuelles-maladie. Mais nous ne terminerons pas cet exposé sans parler du budget des recettes.

L'appoint fourni au trésor mutualiste par la dime médico-pharmaceutique étant une ressource désormais épuisée, il est urgent de développer celle qui doit provenir des cotisations de membres honoraires.

L'effort, de ce côté, fut jusqu'ici très insuffisant ; le médecin, notamment, qui est le plus répandu et le plus écouté des apôtres de la philanthropie dans nos bourgades et nos petites villes, n'a pas donné ici ce qu'il donne sur d'autres terrains.

Et pourquoi ?

Parce que les S. S. M. ont, par leurs regrettables errements, absolument aliéné sa sympathie, menacé et compromis ses intérêts, son gagne-pain, sa considération.

Qu'on lui donne une bonne fois la situation que nous venons de réclamer, et l'on verra ce que le médecin et le pharmacien peuvent faire, par leur prédication près des indifférents, pour l'augmentation des membres honoraires. C'est ce que nous ne cessons d'entendre répéter dans nos syndicats médicaux ; c'est ce que nous tenons à crier bien haut, et toujours après expérience faite ; c'est ce que les mutualistes avisés ont deviné depuis longtemps.

Que MM. les membres du Conseil de la Mutualité nous permettent d'affirmer que l'avenir de la philanthropie est là, pas ailleurs. La tyrannie coopé-

rative et commerciale, en matière de soins médicaux a creusé, entre mutualistes et nous, un fossé qu'il faut combler sans retard et définitivement, dans l'intérêt des uns et des autres, mais surtout pour assurer le développement de la Mutualité que nous aimons et dont le corps médical a, presque tout seul, soutenu l'enfance et l'adolescence.

Le Conseil de Direction du Concours Médical.

Deux mois plus tard, M. le Dr Gairal portait la réponse des médecins au Conseil Supérieur de la Mutualité.

Le procès-verbal qui suit est à reproduire.

Nos revendications devant le Conseil supérieur de la Mutualité.

Le *Bulletin* de l'Union des Syndicats médicaux du 5 mai nous apprend que nous venons de perdre la première manche dans la campagne ouverte récemment pour la modification de nos rapports avec les S.S.M.

Au fond, c'était prévu et nous n'en sommes ni étonnés, ni surtout découragés. Gagner d'emblée la bataille devant un tribunal adverse eût été inespéré. Nous avons seulement voulu fournir la démonstration que, devant notre thèse, pas un argument sérieux ne se dresse, et qu'on en est réduit à re ndre la tangente.

Il ne pourra en être de même sur les terrains où nous porterons désormais la question.

Le compte rendu suivant de M. le Dr Gairal montrera à nos lecteurs que le premier jalon a été solidement posé et reste debout après un vote qui passait à côté.

Le libre choix du médecin
Au Conseil supérieur de la Mutualité.

M. le Dr Gairal, président de l'Union, représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels, a fait la communication suivante à ce Conseil :

Messieurs,

Les six années qui se sont écoulées depuis la promulgation de la loi du 1er avril 1898 ont permis de constater, par sa mise en pratique et l'expérience qui en est résultée, que, malgré les nombreux et très sérieux avantages dont elle a doté la Mutualité, elle était encore, sur certains points, perfectible, et pouvait comporter des modifications et des améliorations qui, après avoir été énoncées à diverses reprises par différents membres de cette Assemblée, ont été enfin l'objet, de la part de la Commission permanente du Conseil supérieur, d'une étude approfondie dont les travaux et les propositions sont exposés dans le remarquable rapport, présenté au nom de cette commission par notre Vice-Président, M. le sénateur Lourties.

Le corps médical, auxiliaire indispensable de la grande œuvre sociale à laquelle nous sommes tous également attachés, qui joue, dans le fonctionnement des Sociétés de secours mutuels, un rôle dont l'importance ne peut échapper à personne et qui est toujours décidé à lui apporter, comme il l'a fait jusqu'alors, quoi que certains puissent en penser, un concours qui entraîne de sa part des sacrifices sérieux, qui ne sont pas toujours suffisamment reconnus, a pensé devoir saisir l'occasion que lui offre l'examen complet que vous allez faire de la loi, pour vous présenter, au sujet du service médico-pharmaceutique des Sociétés de secours mutuels, quelques observations basées sur l'expérience faite pendant de longues années de systèmes différents, approuvés par les uns, condamnés par les autres, et dont aucun n'a donné, à vrai dire, de façon générale, de satisfaction reelle. Son seul et unique but, en me confiant la très honorable, mais très lourde mission d'être son interprète devant vous, est de chercher à mettre fin aux difficultés ou aux conflits toujours regrettables qui se produisent trop fréquemment entre médecins et mutualités, dont les intérêts, soi-disant contraires, n'ont cependant rien d'opposé, et peuvent parfaitement se concilier pour le plus grand bien de tous, en conservant, de chaque côté, une juste mesure.

Un des principes fondamentaux sur lequel la Mutualité s'est toujours appuyée et s'appuie, aujourd'hui avec raison, plus que jamais, en face des événements considérables qui se préparent, est le principe de la Liberté. Il a toujours été soutenu parfois éloquemment défendu dans cette Assemblée son application doit s'étendre, sans restriction aucune, à tout ce qui concerne l'Institution elle-même. Et il semble que l'exercice le plus complet, le plus absolu de cette liberté, doit s'effectuer surtout au regard du malade, auquel doit être accordée l'entière faculté de pouvoir, en toute circonstance, appeler à son chevet le médecin qui lui inspire le plus de confiance, et qui sera pour lui, en plus de l'homme de l'art, et en raison de la sympathie qu'il pourra lui inspirer, le consolateur dont l'attitude et le langage atténuent quelque peu les souffrances et contribuent souvent, pour une bonne part, à la guérison définitive.

Cette liberté, le législateur n'a pas hésité à l'inscrire dans la loi sur les accidents du travail. Tout autant que l'ouvrier blessé au cours de son labeur quotidien, le mutualiste y a droit, et c'est ce droit que le corps médical vient vous demander ici de vouloir bien consacrer. S'il est, en effet, un certain nombre de Sociétés (et nous nous plaisons à le reconnaître) qui ont laissé à leurs participants le libre choix du médecin auquel ils désirent s'adresser en adaptant leur service médico-pharmaceutique à ce mode de fonctionnement, la majeure partie se refuse encore à l'admettre, arguant, d'une part, de l'augmentation présumée des dépenses qu'il comporte en regard de la modicité de leurs ressources, et, d'autre part, des abus qu'il peut entraîner, par suite de la multiplicité des visites médicales. Sans vouloir envisager et discuter ces différentes hypothèses, qui me conduiraient en dehors du but qui m'est assigné, qu'il me soit permis cependant d'exprimer cet avis que les cotisations réclamées sont, d'une façon générale, notoirement insuffisantes et que si quelques abus peuvent se produire dans l'augmentation des visites, ils sont assurément moins nombreux qu'on ne s'est plu à le déclarer.

Le corps médical, depuis longtemps, se préoccupe de cette situation. Elle a fait de sa part l'objet de bien des articles, de bien des écrits ; en revanche, de peu de controverse, car, d'un avis à peu près unanime, il estime qu'il est particulièrement désirable, indispensable même, de voir disparaître ces questions irritantes, mettant aux prises deux éléments qui ne pourraient trouver que de précieux avantages dans une entente cordiale et sincère.

Et il a été amené à penser qu'un système laissant au mutualiste malade sa liberté tout entière en n'engageant les finances de la Société que dans des proportions bien déterminées à l'avance, était susceptible de cimenter cette entente.

De même que les Sociétés allouent aux membres participants malades une indemnité journalière pendant l'arrêt momentané du travail, de même elles leur accorderaient une indemnité fixe et journalière dont le montant serait calculé à l'avance, en rapport, comme la première, avec les ressources de la Société et le montant des cotisations des participants, et spécialement destinée à couvrir les frais médico-pharmaceutiques. Ces derniers seraient-ils supérieurs au total de l'indemnité allouée, la différence resterait à la charge du sociétaire ; seraient-ils, au contraire, inférieurs, le participant bénéficierait de cette différence. Et alors disparaît la cause des abus que l'on signale toujours : visites médicales trop fréquentes, prescription de médicaments trop coûteux, le malade ayant un intérêt direct à ce que ces dépenses ne soient pas trop élevées, avec la certitude cependant d'être toujours convenable-

ment traité, puisqu'il aura réclamé lui-même les soins du praticien en qui il aura mis sa confiance. Et disparaît aussi en même temps, cette cause de réclamations incessantes et très justifiées de la part des médecins, la présence dans les Sociétés, à titre de participants, de personnes riches ou aisées, qui devraient plutôt prendre place dans les rangs des membres honoraires, et dont la délicatesse ne souffre pas de réclamer, malgré leur situation, à des médecins dont la position de fortune est bien inférieure à la leur, les concessions que ces derniers accordent toujours très volontiers aux participants vraiment intéressants. Touchant, comme leurs cosociétaires participants, puisque la Société les conserve à ce titre, leur indemnité journalière de maladie, ils choisiront leur médecin qui appréciera, sans que la Société soit autrement engagée, les conditions dans lesquelles il pourra leur donner des soins.

J'ai donc l'honneur, au nom de l'Union des Syndicats médicaux de France et au nom de l'Association générale des Médecins de France, qui est elle-même Société de secours mutuels approuvée, et qui m'a confié le mandat spécial de la représenter en cette circonstance, de prier le Conseil supérieur de vouloir bien ajouter à l'article 6 (ancien article 5) du rapport présenté par notre Vice-Président, M. le sénateur Lourties, un onzième paragraphe que le corps médical propose de rédiger de la façon suivante :

« Article 6 (ancien article 5).

« 11° S'il est créé des secours en cas de maladie, « chaque membre participant aura le droit absolu « de choisir librement son médecin et son pharma- « cien.

« Il sera alloué à tout participant malade une in- « demnité journalière, spécialement affectée au paie- « ment des frais médicaux et pharmaceutiques.

« Cette indemnité, qui sera réglée en fin de mala- « die ou en fin d'exercice, sera indépendante de « l'indemnité journalière d'incapacité de travail.

« Quand le total des frais médicaux et pharma- « ceutiques dépassera le montant de l'indemnité, « l'excédent de dépenses restera à la charge du « sociétaire. Si, au contraire, il subsiste un reliquat « après paiement des frais par le Trésorier à ceux « qui ont donné des soins ou fourni les médica- « ments, ce reliquat deviendra la propriété du par- « ticipant. »

Enfin, le corps médical propose au Conseil supérieur, d'adopter, pour le premier paragraphe de l'article 9 (ancien article 8) du même rapport, la rédaction suivante ;

« *a*) L'organisation en faveur des membres participants des secours énumérés à l'article premier. »

Cette communication a donné lieu à une discussion dont nous trouvons intéressant de publier le compte-rendu ;

Présentée avec l'exposé qui précède à la première séance du Conseil supérieur, le lundi 3 avril, cette proposition était renouvelée le mercredi 5, au moment de l'examen de l'article 6, avec demande d'adjonction à cet article de la disposition énoncée au nom du corps médical. Les considérations qui motivent la proposition étaient à nouveau développées. Il était insisté notamment sur le principe de la liberté qui doit être laissée au mutualiste de choisir son médecin sur le désir qu'a le corps médical de supprimer toutes les difficultés existant entre Sociétés et médecins, soit au point de vue de la rémunération des praticiens, soit en ce qui concerne le traitement des mutualistes aisés.

M. Vermont, en rendant hommage aux services rendus par les médecins aux Mutualités, déclare que c'est avec regret qu'il se voit obligé de combattre la proposition de M. Gairal. Il estime que la question soulevée relève de l'administration intérieure des Sociétés, dans laquelle, ni le Conseil supérieur, ni le législateur, ne doivent s'immiscer. L'addition demandée tendrait à l'attribution d'une indemnité spéciale aux malades. Or, les mutualistes peuvent malheureusement avoir beaucoup de maladies et des maladies très longues dont le traitement particulièrement onéreux ne saurait être couvert par une indemnité uniforme. Telle maladie exige des remèdes qui coûtent cher, alors que telle autre peut être combattue à moins de frais. On ne peut donc pas fixer à une somme quelconque, par jour, l'indemnité de maladie à donner à tel sociétaire. Au surplus, la disposition dont il s'agit inciterait les sociétaires à s'adresser au médecin qui les déclarerait le plus longtemps malades, de façon à leur faire attribuer le plus possible d'indemnités journalières.

M. Mabilleau combat également cette proposition qui irait à l'encontre de l'idée de liberté sur laquelle repose l'organisation de la Mutualité, et qui n'empêcherait pas les abus signalés par M. Gairal. D'autre part, si le système proposé se généralisait, il constituerait la mort de l'esprit de solidarité des Sociétés, qui repose sur la communauté des soins. Donner une indemnité de maladie serait inciter certains individus à économiser sur cette indemnité au détriment de leur santé, de leur vie peut-être, et partant de l'existence même de leur famille. Enfin le progrès des méthodes médicales n'est possible que par l'étude en commun ; et la superposition de la méthode préventive à la méthode curative deviendrait irréalisable si l'on adoptait le système proposé. Il conclut en disant que l'on doit sinon rejeter l'amendement de M. Gairal, du moins de conseiller l'application des idées qu'il renferme.

M. le Dr Gyoux rappelle que jusqu'à présent le service médical et pharmaceutique n'a pas été réglé par la loi. Qu'arrivera-t-il si la loi en préparation le réglemente ? Actuellement, les Sociétés traitent avec les médecins soit à forfait, soit à l'abonnement, soit à la visite. On ne peut pas lier les Sociétés et les médecins, et substituer une modalité unique aux trois modalités en usage.

M. Bleton expose que, dans nombre de Sociétés, le sociétaire est libre de faire appel au médecin de son choix. Il reproche à l'indemnité en argent de faire brèche au principe de solidarité sur lequel repose la Mutualité. Enfin, il considère que les abus dénoncés par M. Gairal doivent être exceptionnels, les mutualistes aisés s'adressant généralement à un médecin autre que celui de la Société.

M. Gairal précise les intentions qui ont inspiré le corps médical. En ce qui concerne les modalités auxquelles M. le Dr Gyoux a fait allusion, il déclare que le plus vif désir du Corps médical est de les voir disparaître, et que s'il n'entend pas unifier, il demande cependant, et avec raison, que, comme tout autre, le mutualiste ait la liberté de choisir son médecin. Que si, avec le forfait dont il a été parlé, la Société sait jusqu'où elle s'engage comme dépenses, ce mode de fonctionnement lie parfois à un médecin qui peut ne pas lui plaire le sociétaire dont la liberté n'est pas respectée, et que, pour l'indemnité-maladie comme pour l'indemnité de travail, il est possible de déterminer un quantum jusqu'à concurrence duquel les Sociétés pourraient s'engager.

Dans la thèse qu'il a soutenue, M. Vermont a fait ressortir que, parmi les maladies qui frappent les mutualistes, les unes peuvent être bénignes, les autres très sérieuses, et qu'il n'est pas possible de couvrir par une indemnité uniforme ces inégalités de frais très coûteux dans le second cas, et souvent légers dans le premier. Mais il faut remarquer qu'il en est exactement de même dans la situation actuelle : que la Société subit des inégalités de dépenses entraînées par le caractère plus ou moins grave des différentes maladies, et qu'avec la proposition nouvelle, les charges de la Société demeureraient exactement les mêmes ; que cette proposition n'entraverait nullement, comme semble le redouter M. Mabilleau, le développement des œuvres de préservation aux dépenses desquelles il est pour-

vu, il le sait parfaitement, à l'aide de cotisations spéciales, et non avec les ressources qui doivent faire face aux frais du service médical et pharmaceutique ; qu'enfin, l'adoption du texte qu'il présente ne compromettrait en rien l'esprit de solidarité, puisque ce texte ne fait que sanctionner, d'une façon générale, un état de fait qui existe déjà dans quelques Sociétés et qui fonctionne normalement dans les Mutualités scolaires.

En terminant, M. Gairal insiste sur la préoccupation du corps médical de concilier tous les intérêts en présence.

M. Joly est d'avis que le conseil supérieur n'a pas à se prononcer sur cette question, qui est exclusivement du domaine de l'administration intérieure des Sociétés. Il ajoute que si le Conseil doit chercher à augmenter les libertés concédées aux Sociétés de secours mutuels, il ne doit pas se prêter à une mesure qui aurait pour résultat immédiat de limiter une des libertés dont jouissent actuellement les Sociétés.

Il conclut au rejet de la proposition, qui a lieu à l'unanimité, moins deux voix ; celle de M. le professeur Lannelongue et celle de M. le Dr Gairal.

(*Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux*).

Nous répondons avec M. Vermont

1° A certains chefs de la Mutualité, prétendant que tous les sociétaires doivent, en cas de maladie toucher une indemnité uniforme parce qu'ils versent une cotisation uniforme, nous répondons, dis-je, que vingt jours de fièvre typhoïde coûtent plus de visites de médecin et de médicaments que vingt jours de simple bronchite. On donnera donc à chaque malade : 1° une allocation de secours de 1 fr. *égale* pour tous les sociétaires et toutes les maladies ; 2° on y ajoutera une indemnité médico-pharmaceutique variable. L'ensemble formera une indemnité secours-maladie dont le total variera suivant la maladie.

Le principe de l'indemnité variable suivant la maladie n'est pas une innovation, ni une expérience ; il a toujours été considéré par toutes les sociétés comme essentiellement juste et intangible. Elles le pratiquent toujours, car lorsque deux sociétaires sont malades pendant 15 jours, l'un d'une bronchite qui a nécessité cinq visites de médecin et 10 fr. de médicaments, elles paient ces cinq visites et les 10 fr. de médicaments ; pour l'autre, qui a reçu 12 visites et 30 fr. de médicaments, elles payent également les 12 visites et les 30 fr.

Donc la Cie a bien payé pour chacun de ces deux malades deux sommes différentes variables suivant la durée de la maladie.

La maladie doit être comparée à un incendie, et le sociétaire doit être indemnisé proportionnellement à l'argent dont il a besoin pour se soigner. Voici, par exemple, deux personnes qui ont assuré pour 50.000 francs de mobilier ; elles payent chacune la même prime, admettons 50 francs. Toutes les deux sont victimes d'un incendie, l'une perd les trois quarts de son mobilier, l'autre n'en perd que le quart. La Compagnie ne paiera pas la même somme à ces deux sinistrés, parce qu'ils payent la même prime, elle paiera proportionnellement aux dégâts, et non à la prime.

Nécessité d'une classification des maladies.

Puisque, pour rendre possible le libre choix du médecin sans augmentation de dépenses pour les sociétés, une des bases de notre système est que l'on retiendra au malade les frais médicaux et pharmaceutiques qu'il aura faits ; comme, d'autre part ces frais varieront suivant l'importance de sa maladie, il ne serait pas équitable, comme le fait remarquer M. Vermont et comme nous venons de le démontrer, de donner une indemnité uniforme pour tous les malades. Il faut donc que les maladies se trouvent classées d'après l'importance des dépenses qu'elles entraînent, et qu'à chaque classe de maladie soit affectée une indemnité spéciale correspondant aux dépenses entraînées par la maladie. Aussi, nous avons été amenés à diviser les maladies en quatre classes, en attribuant à chacune de ces classes une indemnité spéciale. Il est inutile de chercher à faire une classification irréprochable et correspondant à tous les cas qui pourraient se produire ; mais en cas de difficulté, le médecin contrôleur et le médecin traitant, au besoin départagés par un tiers, décideront si tel cas particulier doit entrer dans telle ou telle catégorie.

Il est évident que l'accueil fait à nos propositions n'avait rien d'imprévu : il est certain aussi qu'il n'a rien changé à notre légitime façon de voir.

En effet, depuis cette époque, en une foule d'endroits, Lyon, Nice, Lorient, Roanne, Troyes, Villeneuve-sur-Lot, dans les Deux-Sèvres, à Dinan, etc., les médecins ont appliqué la formule.

Aussi, le Dr Diverneresse, aux assemblées générales de nos Sociétés de défense, rendait compte, en novembre dernier, des incidents de cette campagne, et il y apportait cette précision et ce scrupule de documentation qui ne laissent subsister aucune hésitation et aucun doute.

Sa communication était suivie du vote unanime des conclusions que nous avons reproduites en première page.

Le Syndicat de la Seine s'est adonné, cette année, à l'étude, pour Paris et les grandes villes, du mode d'application des propositions médicales. MM. Vimont, Dailly, Séailles et Diverneresse ont prouvé qu'il n'y avait là rien de difficile à moins qu'on ne considère comme tel l'abandon d'une simple routine.

D'autre part, la Fédération nationale de la Mutualité, qui connaît nos idées, vient de demander à entrer en conversation touchant le moyen de nous satisfaire, et cela, parce que beaucoup de mutualistes partagent notre sentiment.

Dans ces conditions, le Corps médical ne peut se dérober au devoir de demander aux candidats à la députation l'engagement d'appuyer, lors de la révision de la loi mutuelle ou par projet spécial, les propositions que présentait jadis M. le Dr Gairal et qui se résument en ceci, par analogie avec la loi-accidents.

1° Garantie de la liberté du mutualiste de choisir son médecin et son pharmacien, et notamment, à cet effet suppression de tout service médical et pharmaceutique organisé par les Sociétés de Secours mutuels, autrement que pour contrôle.

2° Payement des médecins à la visite, d'après les tarifs locaux, suivant la situation sociale du mutualiste.

C'est-à-dire : Liberté et justice dans la mutualité !

BIBLIOGRAPHIE

Les accidents du travail dans la marine marchande et la caisse de prévoyance; par Ch. Vigné (8°, 1906,94 pages, Doin.)

Dans une petite plaquette de 94 pages, notre confrère Ch. Vigné, médecin sanitaire maritime, nous expose en homme de métier qui juge les choses avec sa propre expérience les conditions défectueuses dans lesquelles sont mis les gens de mer par suite de l'application de la loi du 21 mars 1898, modifiée par celle du 16 décembre 1905. De ce travail, il ressort que le marin — la navigation à voiles n'existant pour ainsi dire plus — est placé à bord de paquebots — véritables villes flottantes — dans les mêmes conditions que les ouvriers terriens qui passent leur existence à l'usine. Vigné compare la loi de 1398 sur les accidents du travail avec celles de 1905 sur les gens de mer et demande pourquoi les marins sont si peu privilégiés alors que leurs conditions vitales sont semblables à celles des ouvriers terriens. En outre pourquoi les marins alimentent-ils eux-mêmes leur caisse de secours quand les terriens en sont dispensés ? Vigné agite également la question des délimitations qui peuvent exister entre l'accident et la maladie. Son travail se termine par un projet de loi qu'il serait fort désirable de voir reprendre par nos parlementaires, nos marins étant aussi intéressants que nos ouvriers d'usine ou des champs le marin proprement dit ayant disparu pour faire place à *l'ouvrier maritime*, selon l'expresion de l'auteur.

Dr Thébault.

Traité de chirurgie d'urgence (5e édition), par Félix Lejars, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de la Société de chirurgie 1 vol. grand in-8e de VIII-1144 pages, illustré de 904 figures d'après nature, dont 417 dessinées par le Dr E. Daleine, et 181 photographies originales ; avec 20 planches hors texte. Relié toile.... 30 francs.

Depuis l'avènement de la chirurgie antiseptique, la pratique chirurgicale s'est généralisée à un tel point que le plus humble praticien de campagne peut aspirer à réussir des interventions qui étaient interdites autrefois aux plus grands maîtres eux-mêmes et non seulement ces interventions deviennent possibles, mais elles sont nécessaires dans certains cas pour tout médecin dévoué aux intérêts de ses malades. C'est cette chirurgie indispensable à tous que M. Lejars a merveilleusement décrite dans ce livre si remarquable à tant d'égards.

Chacune des éditions de ce traité a été revisée, remaniée, étendue, et l'illustration chaque fois enrichie : l'esprit est resté le même et c'est précisément pour mieux adapter ce livre à son but pratique, pour le rendre utile à tous, que l'auteur s'est attaché à ces refontes successives. Il importait, toutefois, de ne pas trop grossir l'ouvrage : on y a réussi, dans cette cinquième édition, en réduisant un certain nombre de figures, sans nuire le moins du monde à leur clarté, en en modifiant un peu la répartition typographique.

Des chapitres entièrement nouveaux, à part celui de la *jéjunostomie d'urgence*, n'étaient plus nécessaires, mais de nombreuses additions ont trait à la *saignée*, aux *fractures des côtes* et du *sternum*, à la *décapsulation du rein*, aux *complications des luxations*, aux *écrasements des doigts et des orteils*, aux *diverses formes de panaris* ; tout l'ancien texte a été repris et complété par des détails pratiques nouveaux. Les *traumatismes des membres* sont l'objet d'une étude minutieuse ; par de très nombreuses figures, par un exposé précis, on s'est efforcé de bien « faire voir » les divers cas devant lesquels le praticien se trouve le plus souvent, les meilleurs appareils, les soins que nécessitent leur application et leur surveillance, le résultat fonctionnel à obtenir. La loi sur les accidents du travail et ses suites donnent à toutes ces questions une actualité bien connue.

On a tenu, en somme, à ce que le *Traité de Chirurgie d'urgence* répondît entièrement à son titre, qu'il pût servir en même temps à ceux qui exercent dans un milieu ou en des conditions suffisantes pour entreprendre les opérations sur le crâne, la poitrine ou l'abdomen, et aux praticiens, réduits à leurs seules ressources, mais qui n'en sont pas moins forcés de se livrer à une série d'interventions, et qui, dans tous les cas, pour prendre à temps les mesures nécessaires, doivent être au courant de ce qui s'impose.

L'illustration, déjà si remarquable, de cet ouvrage s'est encore notablement enrichie : cette cinquième édition comprend 90 figures et 4 planches hors texte nouvelles, ce qui porte l'illustration à 904 figures et 20 planches. Or, il est bon de faire remarquer que, des 904 figures, 174 seulement sont d'emprunt ou représentent des instruments.

REPORTAGE MÉDICAL

Anciens médecins et pharmaciens de la Marine. — Le Dîner des anciens médecins et pharmaciens de la Marine aura lieu le mardi 8 mai 1906 à 7 h. 1|2 du soir, au Cercle militaire, 49, avenue de l'Opéra, à Paris.

Cotisation : 12 francs. Tenue de ville.

Les Membres du Comité ; Nicolas, Rochefort, Egasse, Destrem, Dedet, Joyau, Joly.

N.-B. — Les Dîners ont lieu ordinairement le 1er ou le second mardi de mai ou de novembre. Les anciens Médecins et Pharmaciens de la Marine, qui n'auraient pas reçu de lettre d'invitation, y sont admis sur la présentation de deux Membres. Les officiers en activité y sont admis de droit.

Prière d'adresser votre réponse au docteur Dedet Paris, 25, rue Marignan (deux jours avant la réunion, au plus tard).

Les camarades ont décidé, à l'unanimité, qu'une photographie serait prise du Groupe présent à la réunion du 8 mai prochain.

Conditions requises pour être désigné comme médecin expert. — Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du conseil, garde des sceaux, ministre de la justice.

Vu la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, et notamment l'article 14 ;

Vu le décret du 21 novembre 1893, portant règlement d'administration publique en exécution de la loi précitée, et notamment l'article 2 dudit règlement relatif aux conditions dans lesquelles peut être conféré le titre de médecin expert devant les tribunaux,

Vu les décrets des 23 décembre 1899 et 23 juin 1900 ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er — L'article 2 du décret du 21 novembre 1893 est modifié ainsi qu'il suit :

« Les propositions du tribunal et les désignations de la cour ne peuvent porter que sur des docteurs en médecine français, demeurant soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la cour d'appel. Ils doivent avoir au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale ou être munis soit du diplôme de l'université de Paris portant la mention « médecine légale et psychiâtrie », soit d'un diplôme analogue créé par d'autres universités par application des dispositions de l'article 15 du décret du 21 juillet 1897, portant règlement pour les conseils des universités. »

Art. 2. — Le président du conseil, garde des sceaux, ministre de la justice, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 10 avril 1906.

A. Fallières.

Par le Président de la République :

Le président du conseil,
garde des sceaux, ministre de la justice
A. Sarrien.

Les excursions médicales internationales. « Œuvre Scientifique d'Enseignement Médical complémentaire par la visite d'Universités étrangères ». (Anciens Voyages médicaux étendus). Siège : Hôtel des Sociétés savantes. — Président d'Honneur : M. le Docteur Roux, Directeur de l'Institut Pasteur de Paris, Membre de l'Institut de France. Fondateur : M. Etienne Bazot.

Voyage Scientifique en Allemagne. — (Départ de Paris-Nord. Samedi soir 11 août. — Retour à Paris, Est. Dimanche soir 26 août.)

La Section d'Enseignement Médical de 1906 sera placée sous la direction scientifique d'un professeur de la Faculté de Paris. L'administrateur-scientifique et le chef du service technique de l'œuvre accompagneront en personne le groupe des voyageurs.

L'on visitera successivement les institutions médico-scientifiques de : Aix-la-Chapelle, Cologne, Bonn, Francfort, Marbourg (laboratoire du professeur Berhing), Hambourg, Berlin, Dresde, Leipzig, Heidelberg, Baden-Baden, Strasbourg.

La Commission permanente des E. M. I. et le Service technique ont pris toutes dispositions pour l'organisation complète de la partie matérielle du voyage. Les conditions, le prix de revient et l'horaire définitif seront indiqués dans un programme détaillé qui va paraître incessamment, dès que les derniers accords seront conclus avec les compagnies de transports allemandes.

Tous renseignements sont donnés au Service annexe de l'œuvre, où l'administrateur reçoit lui-même le matin de 10 à 11 heures, ou le mercredi et le samedi de 4 h. 1/2 à 6 heures. 184, rue de Rivoli, Paris, 1er arrondissement. (Téléph. : 121.08.)

Le Mouvement des Etudiants à l'Université de Paris. — Nous puisons dans le rapport de M. Tannery sur l'Université de Paris les renseignements statistiques les plus propres à intéresser.

La Faculté de droit, l'an dernier, a compté 6.086 étudiants inscrits, dont 231 étrangers. L'augmentation sur l'année précédente est considérable : 1.289. Les groupes étrangers les plus nombreux sont ceux des Roumains (81), des Egyptiens (68) et des Russes (29 hommes, 29 femmes). Un chiffre curieux est celui de la moyenne des ajournements : 26,5 % pour les examens de licence ; 44,5 % pour les examens de doctorat.

A la Faculté de médecine, diminution de 93 unités : 3.482 étudiants. « Le doyen de la Faculté, remarque le rapporteur, se réjouirait si cette diminution était plus forte. » Sur les 109 étudiantes étrangères, on compte 98 Russes.

Le nombre des étudiants est resté stationnaire à la Faculté des sciences (1,610); il est en légère augmentation de 33 unités à la faculté des lettres (2.100). Dans ces deux facultés, c'est parmi les Russes que les étudiants étrangers se recrutent principalement.

A l'Ecole de pharmacie, la disparition prochaine du diplôme de 2e classe a provoqué une nouvelle diminution. Le chiffre actuel est de 1.318 étudiants.

Au total, l'Université de Paris, l'an dernier, comptait 14.462 étudiants, dont 1.638 étrangers. Les femmes sont au nombre de 968 ; les étrangères sont les plus nombreuses (513). L'enseignement est donné par 281 professeurs, agrégés, chargés de cours ou maîtres de conférences.

Le budget de l'université est considérable : près de 2 millions de francs (exactement 1.995,508 francs pour les recettes et 1.787.257 francs pour les dépenses effectuées ou engagées.

« La situation financière est donc satisfaisante, conclut le rapporteur ; elle peut être modifiée dans l'avenir par la répercussion inconnue qu'aura la loi militaire sur le nombre des étudiants. » (*Le Petit Temps.*)

Demande en dommages et intérêts pour diagnostic erroné. — La chose s'est passée en Allemagne. Le demandeur avait introduit une instance contre un médecin qui s'était trompé sur la nature de l'affection de l'œil, dont était atteint le premier. En l'espèce, il s'agissait d'un glaucome. Un expert, commis par le tribunal, avait déposé un rapport concluant à ce qu'un médecin non spécialiste, exerçant dans une petite ville, ne pouvait être tenu de porter un diagnostic exact, dans un cas difficile ressortissant à l'oculistique.

En raison de quoi le demandeur a été débouté de son instance.

Faculté et Hôpitaux.

M. G. Lepage, agrégé, a commencé, le vendredi 4 mai à 6 h. du soir, au grand amphithéâtre de l'École pratique, un cours de manœuvres obstétricales avec démonstrations, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure,

Des exercices opératoires d'obstétrique commenceront sous la direction de M. Lepage, le lundi 7 mai à 4 h. 1/2 et continueront les mercredis, vendredis et lundis suivant à la même heure pendant six semaines au pavillon n° VI. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction des moniteurs.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés.

On s'inscrit les mardis, jeudis et samedis de midi à 3 h. (guichet n° 3).

Les droits à verser pour les travaux pratiques sont de 15 francs. Le cours de manœuvres obstétricales est public et gratuit.

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

Action biologique et thérapeutique du formiate de soude (1)

Par le Dr Louis MARAMALDI

Professeur agrégé de matière médicale à l'Université Royale de Naples.

Depuis le travail du Dr Clément sur l'acide formique et la force musculaire, nous n'avions pas eu à signaler d'étude aussi étendue que celle que nous donne aujourd'hui un distingué thérapeute, le Dr Maramaldi. A vrai dire, les deux travaux ne sont pas comparables. Le premier est celui d'un initiateur, aux idées personnelles exposées avec la chaleur que comporte la foi énergique en son œuvre ; le second est plutôt celui d'un critique éclairé que sa position met en devoir de contrôler les affirmations et d'assigner son rang et sa valeur à une médication nouvelle. Je ne voudrais pas dire par là, cependant, que ce travail n'a pas son côté original, mais on y trouve surtout la note clinique et un jugement qu'un homme de science expérimenté sait apporter en connaissance de cause sur un sujet nouveau qui a fait quelque bruit en thérapeutique.

Dans une partie didactique d'abord, le lecteur trouvera dans une lecture agréable un exposé de l'historique de la médication formique, une étude de son action *biologique* et de son mode *d'action*, comme des ressources qu'apportent les formiates à la thérapeutique.

La partie clinique de ce travail, comme je l'indiquais plus haut, est très développée. Le Dr Maramaldi ne s'en est d'ailleurs pas tenu à son jugement personnel sur l'action des formiates et la lecture de cette partie nous donne un peu l'impression d'un referendum : il a recueilli les opinions de ceux de ses confrères auxquels il avait demandé d'expérimenter pour leur compte et de se faire une opinion sur la question. Nous nous contenterons de les énumérer très brièvement, ce qui nous paraît la meilleure manière de montrer les indications du médicament.

L'auteur a d'abord constaté, après le Dr Clément, l'augmentation de la résistance à la fatigue chez les sujets normaux. Viennent ensuite les applications thérapeutiques classées par titres.

Convalescences, épuisement nerveux, neurasthénies, affaiblissement sexuel, asthénie des diabétiques, etc. — Le professeur Montefusco, de Naples, considère le formiate de soude comme un puissant réparateur des forces pendant les convalescences de fièvres typhoïdes ordinaires et atypiques et termine son appréciation par une observation d'emphysème pulmonaire, d'artériosclérose et de néphrite chronique où le médicament a contribué d'une façon remarquable au relèvement des forces.

Le professeur Vitone, de Naples, a toujours obtenu des résultats satisfaisants, notamment dans deux cas de convalescence de fièvre typhoïde, chez un diabétique avec affaiblissement musculaire extrême, dans un cas de neurasthénie où les parents qualifièrent le médicament de remède miraculeux.

Le professeur Michele, de Naples, apporte sa contribution dans une belle observation de neurasthénie chez un étudiant qui fut très amélioré.

Le Dr Antonin cite, de son côté, un cas de neurasthénie cérébro-spinale chez un homme qui, grâce au médicament, put reprendre ses occupations ordinaires. Une observation analogue est due au Dr Petrone.

(1) *Médecine Pratique*, mars 1906.

Asthénie grippale, tuberculose, état adynamique des maladies infectieuses, pneumonie, etc. — Le Dr Fr. Marino a été frappé des effets du médicament dans une épidémie de grippe où dominaient une extrême prostration des forces, une asthénie extraordinaire ne correspondant cependant point à l'intensité et à la durée de l'infection. Chez tous les malades, l'asthénie a disparu après 4 ou 5 jours de traitement.

Dans ce paragraphe, on trouvera des observations analogues des Drs Huchard, Rochon, Polenov, Mandiala (de Santiago).

Hyposthénie gastrique, dyspepsie, inappétence, atonie intestinale. — Observation du Dr Pétrone, concernant une jeune fille de 18 ans, atteinte d'hyposthénie gastrique intense et de chloro-anémie. Sous l'influence des injections de formiate de soude, la dyspepsie atonique s'améliore, l'appétit revient, la digestion se fait mieux et les forces renaissent. — Observation du professeur De Michele ayant trait à un homme de 45 ans, gravement atteint par une atonie intestinale poussée à ses dernières limites. Evacuations spontanées dès le quatrième jour du traitement, puis selles régulières, disparition des hémorroïdes, retour complet des forces. — Observation du professeur Vitone concernant une femme atteinte surtout d'atonie digestive et de faiblesse générale. Amélioration progressive surprenante, suivant l'expression de l'observateur, retour de l'appétit et des forces.

Néphrite interstitielle chronique, sclérose rénale, sténose mitrale, cardiopathie artérielle arythmique, insuffisance aortique. — Etant donnée l'action diurétique et excitante, sans irritation, sur les épithéliums des reins, le formiate de soude peut être utilisé avantageusement dans les maladies des reins, non seulement pour augmenter la diurèse, mais encore pour obtenir une diminution de l'albumine. Les observations du Dr Russo et du Dr Huchard, citées par le professeur Maramaldi, en font foi.

Anémie, chloro-anémie, chlorose, etc. — L'auteur, à la suite d'expériences de laboratoire, a essayé le médicament dans plusieurs cas d'anémie et a toujours obtenu des résultats positifs. Le formiate est un stimulant de l'hématopoièse.

Les observations personnelles de M. Maramaldi, celles des docteurs De Michelé et Menotti Bucco, viennent confirmer en clinique les résultats de l'expérimentation.

En conclusion, le professeur Maramaldi pense que le médicament peut rendre de grands services à la thérapeutique, mais que ce serait un tort de le considérer comme une panacée, toujours infaillible, applicable au traitement de toute maladie. Un enthousiasme exagéré ne pourrait que le faire tomber dans le discrédit et l'abandon. Mais employé à propos et avec discernement, dit-il, non pour combattre des lésions matérielles, mais pour modifier des perturbations fonctionnelles, il pourra rendre des services et devenir une des meilleures armes de la thérapeutique rationnelle (1).

Dr de Saravel.

(1) La brochure du professeur Maramaldi sur le *Formiate de Soude* est envoyée gratuitement sur simple demande adressée à M. Bouty, 1, rue de Châteaudun, Paris.

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

Dr F., à C., à *Concours*. — Je vous envoie quelques numéros de la presse locale relatant une affaire judiciaire de secret médical. Si vous le désirez, je peux vous communiquer le jugement à condition toutefois que vous ayez l'amabilité de me le renvoyer après en avoir pris copie, n'ayant pas le loisir de transcrire moi-même ce document que je désire garder.

Réponse. — Nous venons de recevoir les documents que vous nous annoncez — Nous serons très aises de posséder le texte du jugement, que nous vous retournerons, selon votre désir.

Dr P., à M., à *Concours*. — Dans le *Concours* du 29 avril, colonne des renseignements, je lis :

« Prêté une pile pour 1 mois 1/2, combien ? » Le collègue a très probablement voulu dire un petit appareil à courant galvanique ou faradique. Auquel cas, voici qui pourrait vous être utile :

Dans le catalogue d'électricité de Rebeyrotte, Malaquin et Paulmier, 5, rue de la Fontaine-au-Roi, Paris, page 21, on lit :

« Toutes les locations se paient à l'avance. Appareils à grande et demi-surface : 1 fr. 50 par élément et par mois.

A petits crayons 1 fr. par élément et par mois.

Heureux si ces renseignements peuvent vous être utiles, veuillez agréer mes meilleurs salutations.

R. — Remerciements.









THÉRAPEUTIQUE

ÉTUDE CLINIQUE DE L'INSUFFISANCE OVARIENNE

Son traitement rationnel par l'Extrait de Corps jaune.

De nombreuses observations cliniques et expérimentales ont démontré que l'ovaire avait une sécrétion interne. Du jour où les interventions chirurgicales se sont multipliées, grâce à l'antisepsie, les femmes ovariotomisées à la suite de lésions annexielles sont devenues légion et les troubles consécutifs à la castration, observés très communément dès lors, sont apparus semblables à ceux de la ménopause physiologique; dans l'un et l'autre cas les modifications de l'organisme ont été rapportées à la disparition de la sécrétion interne de l'ovaire.

Rappelons en quelques lignes la structure de l'ovaire.

Structure de l'ovaire.

Une coupe nous le montre formé de trois couches allant de la périphérie au hile : une couche épithéliale ou de revêtement, une couche ovigère qui représente l'élément noble, enfin une couche médullaire qui contient les vaisseaux.

Dans la trame fibreuse de la couche ovigère sont les follicules de Graaf ou ovisacs, contenant chacun un ovule préformé. A la puberté, un certain nombre de ces follicules se développent et se creusent d'une cavité remplie de liquide ; l'un d'eux surtout acquiert un grand volume et vient faire saillie à la surface de l'ovaire ; bientôt il se rompt et l'ovulation ou ponte spontanée a lieu.

Après l'expulsion de l'ovule, le follicule rompu va se cicatriser et donner naissance au corps jaune. Il s'est fait à l'intérieur de la cavité de l'ovisac une petite hémorrhagie, et, grâce à la présence du pigment sanguin ou à celle de cellules spéciales, dites cellules lutéiniques, le follicule rompu a pris la coloration spéciale à laquelle le corps jaune doit son nom.

Celui-ci devient énorme, si l'ovule est fécondé, et se développe jusqu'au 3e mois, pour s'atrophier progressivement ensuite. Si, au contraire, l'ovule n'est pas fécondé, le corps jaune s'atrophie très rapidement.

Tous les mois un follicule arrive à maturation et le cycle recommence jusqu'à la ménopause.

Longtemps on a cru que la sécrétion interne était due à toute la glande. Cependant de Graaf, Malpighi, Buffon, auraient déjà mis au compte des corps jaunes une partie de l'activité spéciale de l'ovaire Podvyssotzky en 1896 est frappé de la ressemblance des cellules lutéiniques avec certains éléments de la couche corticale des capsules surrénales. En 1897, Béard attribue au corps jaune un rôle encore hypothetique ; à leur tour Prenant (1898), Lebreton (1899), Skrobansky (1901) reprennent la même idée. Enfin trois élèves de Born, Magnus, Cohn et Frœnkel orientent leurs recherches vers une sécrétion interne du corps jaune.

Conclusions auxquelles arrive Frænkel.

1° L'ablation de l'ovaire, faite quelque temps après la fécondation de l'œuf, arrête la grossesse ; donc la grossesse dépend de l'ovaire dont la fonction est de rendre possible la fixation et le développement de l'œuf. Cette fonction est exercée uniquement par le corps jaune dont l'ablation aboutit à des effets identiques.

2° L'ablation de l'ovaire, en dehors de la fécondation, amène l'atrophie de l'utérus : donc l'ovaire préside à la nutrition de cet organe. C'est encore le corps jaune qui exerce cette fonction, car la destruction des corps jaunes au thermo-cautère est suivie des mêmes effets que l'extirpation de toute la glande, jusqu'à ce qu'un nouveau corps jaune apparaisse. Il y a parallélisme étroit entre l'état de nutrition de l'utérus et la phase de l'évolution du corps jaune.

Chez la femme, on a pu observer que la destruction de cet élément (au cours d'une laparotomie) empêchait la menstruation suivante de se produire : or, la menstruation est bien le signe le plus sûr du bon fonctionnement de l'utérus.

Ces considérations se corroborent du fait que le corps jaune a une structure absolument semblable à celle des autres glandes à sécrétion interne (Lebreton).

Nous pouvons donc conclure avec Frænkel que le corps jaune représente la glande de sécrétion interne de l'ovaire : « *il donne à l'utérus, d'une manière cyclique, une impulsion nutritive grâce à laquelle il s'oppose au retour de celui-ci à l'état infantile et prépare la muqueuse à recevoir l'œuf fécondé.* Si l'œuf est fécondé, le corps jaune persiste plus longtemps et conserve toujours la même fonction qui consiste dans une plus grande nutrition de l'utérus dont la muqueuse enveloppe l'œuf et lui permet de se développer. Si la fécondation ne se produit pas, le corps jaune amène l'hyperhémie de l'utérus, hyperhémie qui va jusqu'à

produire la menstruation ; il régresse ensuite. *Le corps jaune est donc une petite glande ovarique qui se régénère périodiquement et qui préside à la nutrition de l'utérus depuis la puberté jusqu'à la ménopause..... »*

Les recherches de Spillmann, Etienne et Demange ont fait attribuer à la sécrétion interne un rôle anti-toxique dont les faits cliniques rapportés par Lebreton, ont fourni la démonstration. Cette même sécrétion tient sous sa dépendance certains caractères de la sexualité féminine et possède, analogue en cela à celle du testicule et de la thyroïde, un rôle des plus importants dans le métabolisme des organes.

Cette notion désormais acquise et qui fait du corps jaune l'organe de la sécrétion interne de l'ovaire, comporte une déduction thérapeutique médicale.

Déduction thérapeutique médicale.

Jusqu'ici les troubles de l'insuffisance ovarienne ont été traités par l'ovarine, mais avec des succès très inégaux. Jayle dit à ce sujet : « L'opothérapie ovarienne peut être suivie d'un échec complet dans certains cas où elle semblait cependant indiquée, sans qu'il soit possible de donner une bonne explication de cette inefficacité. » Cette explication ne nous échappe plus aujourd'hui. L'opothérapie ovarienne agit par les principes empruntés aux corps jaunes des ovaires qui ont servi aux préparations ; *si l'ovarine n'agit pas d'une façon constante, c'est qu'elle ne contient pas toujours ces principes ou qu'elle en contient trop peu.* Le corps jaune n'a qu'une existence éphémère ; il apparaît tous les mois chez la femme, à des intervalles correspondants chez les animaux, puis il régresse et disparaît : la plus grande partie *du temps, l'ovarine n'en renferme* que très peu ou pas du tout ; jamais elle n'en contient beaucoup, le corps jaune étant relativement petit si on le compare à la masse de l'ovaire. De sorte qu'il est infiniment préférable de *substituer aux préparations d'ovaires les préparations de corps jaune, dont l'effet sera nécessairement très actif, le plus actif.*

L'*ocréine* est un extrait de corps jaune pur ; c'est une sorte d'ovarine supérieure, une ovarine débarrassée de la partie inutile de l'ovaire. Nous allons en préciser l'emploi dans tous les cas relevant de l'insuffisance ovarienne, mais auparavant nous voudrions passer rapidement en revue les signes cardinaux de cette insuffisance.

Signes de l'insuffisance ovarienne ou troubles déterminés par l'hypo-fonction ou l'absence des corps jaunes.

Ces troubles sont locaux ou généraux. Les premiers sont l'aménorrhée, la dysménorrhée et les métrorrhagies, nous y reviendrons plus loin. Les troubles généraux sont surtout des troubles vaso-moteurs et nerveux : ce sont d'abord des bouffées de chaleur montant au visage ou envahissant même toute la surface des téguments et suivies ou non de véritables crises de sueur ; des modifications du caractère qui devient irritable, des crises de nerfs, de la neurasthénie, des idées noires, un affaiblissement de la mémoire ; des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles ; de fréquentes migraines ; de la dyspnée ; des palpitations ; certaines sensations de défaillance pouvant aller jusqu'à la syncope.

L'insomnie est habituelle, ou le sommeil traversé de cauchemars ; on observe une grande asthénie musculaire, des troubles digestifs et une tendance marquée à l'obésité.

Mais ces symptômes empruntent à l'époque de la vie où ils se manifestent et aux circonstances qui les provoquent une physionomie spéciale.

A. Au moment de la puberté.

Un premier follicule arrive à maturation et se rompt ; un premier corps jaune apparaît et, comme conséquence, la menstruation s'établit. Mais, par ce mot de puberté, nous n'entendons pas seulement l'éruption des premières règles, « mais aussi les multiples phénomènes qui la précèdent, l'accompagnent et la suivent et qui marquent la transformation de l'enfant en femme ». (Dalché : « La puberté chez la femme », 1906.)

Ainsi comprise la puberté englobe toute une période de 5 à 6 ans pendant laquelle la jeune fille est exposée à de nombreux désordres, si bien que cette période mériterait autant et plus que la ménopause la dénomination d'âge critique (Dalché).

« L'établissement des règles, dit Apert, est en corrélation intime avec le développement morphologique des organes correspondants et avec celui de l'organisme dans son entier........ Le développement intellectuel suit en partie le développement organique....... » D'après Marro, « l'accroissement rapide de la taille et du poids qui a lieu à cette époque du développement pubère vient créer une sorte de faiblesse fonctionnelle momentanée dans les organes ; aussi la force de résistance des facultés physiques et morales se trouve-t-elle temporairement compromise...... ».

L'éruption des premières règles se fait rarement de façon inopinée (Dalché); elle est ordinairement précédée de leucorrhée périodique, de diarrhée supplémentaire, de douleurs lombaires ; et tandis que le corps se transforme et que la menstruation s'amorce, surviennent des bouffées de chaleur, des frissons, des céphalées, des vertiges, des palpitations, des troubles dyspeptiques, de l'acné, des épistaxis, etc.

Les deuxièmes règles peuvent survenir au bout de 28 jours, mais elle peuvent se faire attendre des mois, une année même. La fonction s'installe péniblement et elle trouvera dans l'administration de l'*ocréine* un adjuvant précieux.

Chez certaines jeunes filles, les règles n'apparaissent pas à l'époque habituelle de la crise pubérale (14 ans 1/2 en moyenne en France) ou, après être venues, elles cessent de réapparaître. Ces troubles d'*aménorrhée* s'accompagnent assez souvent de phénomènes chloro-anémiques nerveux, basedowiformes qui paraissent être comme eux sous la dépendance de l'insuffisance ovarienne. Nous emploierons dans tous ces cas l'*ocréine* dont nous devons user d'une façon continue pendant assez longtemps, sans aucun inconvénient pour les malades. Après 15 jours, un mois ou plus de traitement, interrompre une ou deux semaines et reprendre en-

suite. Disons en passant que la même médication sera de mise dans l'aménorrhée accidentelle, survenant à tout âge à la suite du froid, d'une émotion ou d'un traumatisme,

La *dysménorrhée* est très fréquente à la puberté. « Pour certaines jeunes filles, écrit M. Dalché, (*loc. cit.*), la venue des règles est un moment qui les oblige à passer quelques jours au lit et à suspendre toute espèce de travail et d'occupation. Elles sortent fatiguées de cette crise à répétition périodique ». A un degré moins violent, c'est seulement « une vive sensibilité pré-menstruelle, des coliques ou sentiment de contractions pénibles quand le sang coule » (*ibid.*). C'est, sinon le lit, du moins le repos forcé à la maison. Jayle a insisté sur le cas de « ces jeunes filles dont la puberté s'est manifestée de façon tardive, à 16, 17, 18 ans, et qui du premier jour ont toujours été mal réglées. Leurs menstruations irrégulières s'accompagnent, dit-il, d'élancements pelviens, de tranchées, de vomissements ».

Tous ces signes de dysménorrhée trahissent des ovaires d'emblée en état d'insuffisance et l'opothérapie par l'*ocréine* longtemps continuée en est le seul traitement rationnel.

Les *métrorrhagies* et surtout les *ménorrhagies* ne sont pas rares à la puberté ; elles relèvent de causes très nombreuses. Quand elles sont sous la dépendance de l'hypoplasie sexuelle, on devra songer à prescrire l'ocréine.

La chlorose éclôt chez les jeunes filles à l'époque de la puberté et traduit souvent l'insuffisance de l'ovaire (chlorose pubérale).

Cette insuffisance amène une perversion dans le métabolisme des organes et, par suite, la chlorose.

La chlorose.

Dans cette affection, en effet, l'insuffisance des échanges est la règle. Or, M. Dalché, à la suite de ses recherches avec Lepinoy et Carteret, en est arrivé à considérer l'extrait d'ovaire comme agent de la médication oxydante et a vu augmenter sous son influence l'azoturie, la phosphaturie et même la chlorurie, très diminuées comme on sait chez les chlorotiques. M. Carnot s'exprime ainsi de son côté : « On peut supposer que les glandes génitales par leur sécrétion interne activent les combustions intra-organiques et augmentent le coefficient d'oxydation. » (*Bulletin méd.* 31 mars 1906.)

Ces notions nous commandent de conseiller formellement l'*ocréine* dans le traitement de la chlorose.

Dans des cas de chlorose génitale, M. Dalché a obtenu des résultats tout à fait remarquables, et d'autres auteurs également. Mais il ne faut pas craindre de prolonger la médication qui ne présente du reste aucun danger.

Du côté du SYSTÈME OSSEUX, de grandes modifications surviennent à l'époque de la puberté, amenant l'accroissement de la taille et accentuant le caractère de sexualité. Par suite le squelette présente à ce moment une très grande susceptibilité et l'on observe fréquemment des douleurs osseuses, des arthralgies, du gonflement articulaire, des hydarthroses, des déviations du rachis (rachitisme tardif).

L'*ocréine* procurera un soulagement à tous ces accidents en s'attaquant à leur cause première, l'hypofonction ovarienne.

La TENDANCE A L'ENGRAISSEMENT et même à l'obésité se rencontre chez certaines fillettes mal réglées. On voit par contre leur poids diminuer dès que les règles deviennent régulières. On demandera cette action à l'ocréine : thérapeutique pathogénique.

La dose du médicament chez la jeune fille pubère variera de 0,10 à 0,60 centigr., c'est-à-dire de 1 à 6 pilules par jour ou une injection intra-musculaire de 2 cent. cubes tous les 2 jours.

B. A L'AGE ADULTE.

La CASTRATION OVARIENNE amène la ménopause anticipée ; la cessation brusque des fonctions de l'ovaire porte les troubles à leur maximum. Le tableau clinique répond au tracé que nous avons fait plus haut de l'insuffisance ovarienne ; ces femmes, véritables déséquilibrées du ventre, sont en proie à d'incessants malaises.

Il faut leur prescrire l'*ocréine* sans retard. Fraenkel a obtenu en pareils cas avec l'extrait de corps jaune des résultats merveilleux : les bouffées de chaleur, l'oppression, les palpitations disparaissaient. Lebreton relate de même de très rapides succès se traduisant par une disparition complète des symptômes les plus pénibles. Jamais ces auteurs n'ont eu le moindre accident. L'*ocréine* sera donnée à la *dose de 3 à 10 pilules par jour pendant 8 jours par* mois, ou 3 ou 4 injections de 2 en 2 jours.

Certaines femmes, bien que n'ayant subi aucune opération, présentent des troubles à peu près semblables. « Ces malades, dit Jayle, forment le grand contingent de femmes que les chirurgiens n'opèrent qu'à regret parce qu'elles ont peu de lésions, et que les médecins soignent mal parce qu'ils en font de simples nerveuses. Ce sont des femmes qui peuvent présenter beaucoup de tares, mais qui ont tout au moins de l'insuffisance ovarienne contre laquelle on peut agir. »

Le traitement de pareilles malades n'est pas du ressort chirurgical ; c'est l'opothérapie par l'*ocréine* qui seule est rationnelle et qui seule triomphera des accidents. Fraenkel a eu là aussi de très belles guérisons.

« Dans le cortège des phénomènes qui accompagnent la dystrophie ovarienne, écrit M. Dalché (*loc. cit.*), on rencontre deux états, l'un qui arrive à simuler un *syndrome de Basedow* atténué ou fruste, l'autre qui prend quelques apparences d'un pseudo-myxœdème... Ces divers phénomènes sont améliorés, sinon guéris, par l'opothérapie ovarienne. »

Il n'y a rien là qui doive nous étonner, aujourd'hui que nous connaissons les rapports existants entre les phénomènes qui accompagnent le goître exophtalmique et ceux qui accompagnent la menstruation (tachycardie, bouffées de chaleur, crises de sueurs dans les 2 cas, etc.). Les deux glandes, thyroïde et ovaire, sont étroitement solidaires dans leur évolution et leur activité physiologique. Mathieu, Jayle et Van der Linden ont publié des cas de goître exophtalmique consécutifs à la castration, et l'opothérapie ovarienne a été employée avec un certain succès par Murel, Jayle, Jouin, Delaunay, Seeligmann, Dalché, contre la maladie de Basedow vraie.

Contre les syndromes signalés par M. Dalché, l'*ocréine* amènera de très bons résultats, à la condition de continuer le traitement tant que le nécessitera l'insuffisance ovarienne.

La dose d'*ocréine* à conseiller contre les troubles de l'hypofonction ovarienne chez l'adulte est de 1 à 6 pilules par jour ou une injection intra-musculaire tous les 2 jours jusqu'à disparition des troubles.

C. Pendant la grossesse.

Lebreton, en 1899, a employé le premier l'extrait de corps jaune contre les troubles d'auto-intoxication gravidique.

Les résultats se manifestèrent aussitôt chez ses malades par la cessation brusque des vomissements et l'amendement rapide des autres symptômes ; la guérison complète survient souvent en moins de 15 jours. Lebreton concluait à l'influence presque spécifique du médicament avec innocuité absolue.

Par conséquent, chez la femme enceinte présentant des signes d'insuffisance ovarienne ou des accidents d'auto-intoxication gravidique, nous devons prescrire l'*ocréine* à la dose de 1 à 6 pilules par jour.

D. A la ménopause.

Les transformations que subit l'organisme à cette époque (âge critique) sont dues à la disparition de la sécrétion interne de l'ovaire : les corps jaunes cessent d'apparaître.

Les troubles seront d'autant plus accentués que la disparition sera plus brusque ; nous n'en reprendrons pas l'énumération, depuis les bouffées de chaleur jusqu'à la tendance à l'embonpoint.

« Aux environs de la cinquantaine, s'installe très souvent l'obésité tardive de la femme, en même temps que les signes de l'insuffisance ovarienne. » (Carnot.)

Frænkel a publié des observations très probantes au sujet de l'efficacité de l'opothérapie ovarienne à la ménopause, Carnot dit avoir obtenu des résultats remarquables.

L'*Ocréine* sera administrée à la dose de 1 à 6 pilules par jour, ou tous les deux jours une injection intra-musculaire. La médication sera continuée jusqu'à l'entière disparition des troubles, et les doses seront progressivement diminuées pour arriver peu à peu à la cessation complète du traitement.

A côté des accidents habituels de la ménopause, nous voudrions enfin appeler l'attention sur la fréquence du Rhumatisme chronique osseux à cette période de l'existence. Très souvent cette affection débute vers l'âge critique au moment de la défaillance des fonctions ovariennes ; elle se présente le plus souvent sous le type du rhumatisme noueux aux pieds et aux mains ; les genoux et les poignets se prennent souvent aussi. En même temps se développe l'artério-sclérose, et M. Huchard attribue ce développement à la ménopause même, l'ovaire cessant son rôle de glande hypotensive.

En dehors de la ménopause, au cours de la vie sexuelle, on a du reste signalé depuis longtemps la fréquence des accidents génitaux chez les femmes atteintes de rhumatisme chronique.

Partant de cette idée que la cause générale de cette affection pouvait résider dans un trouble de la secrétion interne de l'ovaire, M. Dalché a employé l'opothérapie ovarienne chez des malades souffrant de rhumatisme chronique osseux, et il en a obtenu des résultats très encourageants, d'autant plus nets que les malades étaient plus jeunes. Contre le rhumatisme déformant, il conseille de continuer le traitement pendant des semaines et des mois entiers : « On obtient non la guérison, dit-il, mais un sérieux amendement. »

C'est une nouvelle indication de l'*Ocréine* qui retrouvera dans ce cas l'influence spécifique qu'elle possède sur tous les accidents de l'insuffisance ovarienne.

E. Obésité génitale.

Chez la femme, l'influence de la vie sexuelle sur le développement de l'obésité est considérable. D'après Kisch, chez 215 femmes obèses, on trouve 28 fois des anomalies menstruelles.

Un premier type d'obésité génitale constaté chez la femme est l'*obésité de la puberté*. Souvent des jeunes filles anémiques engraissent considérablement au moment de la puberté.

Un autre type d'obésité génitale constaté chez la femme, *obésité post-nuptiale*, survient aussitôt après le mariage : peut-être l'hyperfonctionnement génital en provoque-t-il l'épuisement ; peut-être le mariage, par suite d'infections utéro-ovariennes consécutives, provoque-t-il une insuffisance ovarienne fonctionnelle ?

Un type d'obésité, beaucoup plus fréquent chez la femme, est l'*obésité maternelle* ; très fréquemment, dès les premiers mois de la grossesse, les femmes enceintes augmentent de poids, épaississent leur derme et font, un peu partout, dans le foie notamment, des réserves adipeuses considérables ; elles peuvent rétrocéder après la grossesse ou devenir le point de départ d'une obésité qui progresse après la gestation et surtout après l'allaitement.

Enfin, un autre type bien connu d'obésité chez la femme, est l'*obésité de la ménopause* ; très fréquemment en effet, c'est aux environs de la quarantaine et coïncidant avec la diminution, puis la cessation de l'activité ovarienne que s'installe l'obésité tardive de la femme ; très souvent les femmes se plaignent, à la fois de bouffées de chaleur, de suffocation, de crises de congestion et d'une augmentation sensible de leurs dimensions.

L'*obésité des ovariotomisées* se développe, de même, assez rapidement avec les principaux troubles de l'insuffisance ovarienne et peut atteindre, d'une façon précoce et rapide, une intensité très démonstrative.

Quel que soit le mécanisme, probablement assez complexe, de ces différents faits, on peut en conclure à une relation nette entre l'obésité et l'activité génitale.

Au point de vue thérapeutique, nous avons plusieurs fois pratiqué, dans ces variétés d'obésité, une médication pathogénique, en ayant recours à l'opothérapie ovarienne ; ce traitement nous a paru donner de remarquables résultats ».

(Paul Carnot, *Bull. Méd.*, 31 avril 1906.)

***Le Directeur-Gérant* : Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON.
3 place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année N° 19 13 MAI 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La défense professionnelle par l'action électorale.

La semaine dernière fut adressée aux médecins de la circonscription électorale qui comprend Vincennes, Fontenay-sous-Bois. Saint-Mandé, Montreuil, etc., la circulaire ci-dessous :

Vincennes, le 30 avril 1906.

Monsieur le Docteur,

Dans le courant de mai 1906, M. Charles Deloncle, député de la circonscription de Vincennes, était averti par la « Société du Concours médical » que la commission qui devait établir le tarif des frais médicaux pour les accidents du travail ne serait pas composée selon les désirs des médecins. M. Charles Deloncle intervint immédiatement auprès de M. Dubief, alors Ministre du Commerce, et fit donner satisfaction au corps médical.

Nous vous signalons l'article suivant paru dans le journal le « *Concours médical* » du 29 avril 1906:

Un devoir de reconnaissance.

« La direction du « *Concours Médical* » entend ne pas « faire de politique générale dans le journal. Cependant il y a une politique qui lui tient à cœur, celle « de la défense professionnelle ; et, sans prendre parti, elle doit rappeler à ses lecteurs qu'un certain « nombre de députés ont apporté au corps médical pendant la dernière législature leur appui le « plus entier et le plus effectif dans la défense de « ses revendications.

« La simple reconnaissance nous oblige à rappeler « leurs noms à nos confrères, au moment des élec- « tions ; ce sont Messieurs :

« Amodru (S.-et-O.), Barthou (B.-Pyrénées), Berteaux (S.-et-O.), Bertrand (Marne), Bourély (Ardèche), Bichon (M. et L.), Briand (Loire), Cazeneuve (Rhône), Chapuis (M.-et-Moselle), Dèche (Lot-et-G.), Defontaine (Nord), Charles Deloncle (Seine), Dejeante (S.), Devins (H.-Loire), Dron (N.), Dubief (S.-et-L) « Dubuisson (Finistère), Empereur (Savoie), Lachaud « (Corrèze), Marot (Charente), Poulain (Ardennes), « Sembat (Seine), Simonet (Creuse), Simyan (S.-et-L.) « Surcouf (Ille-et-Vilaine), Vaillant (Seine).

M. Charles Deloncle, s'il rentre à nouveau au Parlement, continuera de défendre les justes revendications du corps médical. *Il demandera notamment que les malades et les blessés aient le droit de se faire soigner par le médecin dans lequel ils ont le plus de confiance. Il défendra la* LIBERTÉ DE CONFIANCE *non moins précieuse que la* LIBERTÉ DE CONSCIENCE.

Pour le Comité : E. Roux.
Docteur ès sciences
16, Chaussée-de-l'Etang, Saint-Mandé.

En même temps qu'elle était directement adressée aux médecins, cette lettre passait sous les yeux des électeurs par la voie de l'*Est républicain*, journal local qui l'avait reproduite.

Or, le 6 mai, M. Charles Deloncle qui, quatre ans plus tôt, avait péniblement battu au ballottage (par 25 voix) son concurrent, passait au premier tour de scrutin, avec 4000 voix de majorité, écrasant M. Marcel Habert.

Simple coïncidence, nous dira-t-on.

Oui, cela peut se soutenir, *à priori*.

Mais, rapprochons ce fait d'une autre constatation.

Nous avions signalé 25 députés de toutes nuances comme ayant *soutenu avec nous la cause de l'intérêt et de la liberté du prolétaire malade ou blessé et du médecin qu'il choisit.*

Et voilà que sont ou seront élus aussi de la plus brillante façon, la presque unanimité d'entre eux.

Nous taxera qui voudra de prétention et d'outrecuidance ; « le *Concours Médical* » n'en pensera pas moins que le hasard n'a point coutume de faire si largement les choses sans y être sérieusement aidé.

Comme nous n'avions ni le goût ni la possibilité matérielle de tripatouiller les bulletins ou les urnes, il semble vraiment rationnel d'admettre que l'aide en question, provoquée par notre mot d'ordre, fut bien l'œuvre des intéressés ouvriers, médecins et candidats, liant partie au moyen des engagements réciproques dont nous avions suggéré les textes à tant de reprises. (Plusieurs candidats nous l'ont d'ailleurs écrit.)

C'est pourquoi nous engageons nos confrères à continuer l'expérience près des nombreux ballottés, en usant du numéro dernier du journal qui n'avait pas d'autre raison d'être.

Le Conseil de Direction.

ASSOCIATION " AMICALE-MALADIE "

Séance du Conseil d'administration du 29 mars 1906.

Présents : MM. MAURAT, LEPAGE, GASSOT, MIGNON, DIVERNERESSE et JEANNE.

Excusé : M. Cézilly.

M. le Président, en ouvrant la séance, adresse d'abord les félicitations du Conseil et de la Société à M. Fleury, actuaire, à l'occasion de la distinction honorifique, dont il vient d'être l'objet, récompense que les Œuvres de prévoyance du « Concours médical » ont de bonnes raisons de savoir éminemment justifiée. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Gassot informe qu'il est en train de terminer le travail préparatoire de l'inventaire prochain, et aussi des inventaires futurs, car, désormais, la simple tenue à jour de cette récapitulation des années écoulées facilitera tous les relevés statistiques périodiques, même non prévus par les statuts.

Le Conseil remercie vivement son trésorier d'avoir si consciencieusement accompli ce précieux travail de bénédictin.

MM. Mignon, Diverneresse et Jeanne communiquent des idées relevées dans la correspondance des sociétaires au sujet des perfectionnements qui pourront se trouver *indiqués* par les résultats de l'inventaire. M. le Dr Mignon est chargé de concentrer ces propositions au secrétariat.

Le Conseil alloue ensuite les indemnités suivantes :

Indemnités.

5	9 jours	90	»
6	2 mois chr. + 2 j. chr.	206	66
17	14 jours	140	»
56	45 jours	450	»
80	3 mois	300	»
147	3 mois	305	»
150	3 mois	300	»
158	58 jours	580	»
172	31 jours	310	»
173	3 mois	300	»
179	3 mois	300	»
180	28 jours	280	»
186	3 mois	300	»
224	17 jours	170	»
226	11 jours	110	»
232	27 jours	270	»
238	3 mois	300	»
264	12 jours	120	»
284	40 jours	400	»
286	3 mois	300	»
305	11 jours	110	»
312	16 jours	160	»
341	31 jours + 5 mois chr.	810	»
362	3 mois	300	»
372	3 mois	300	»
377	3 mois	300	»
378	60 jours + 14 j. chr.	646	[illegible]
412	35 jours	350	»
415	17 jours	170	»
438	10 jours (1/2 indemnité)	50	»
421	3 mois	300	»
429	60 jours + 49 j.	753	[illegible]
477	24 jours	240	»
434	2 mois + 2 j.	206	[illegible]
508	60 jours + 45 j. chr.	749	[illegible]
510	1 jour	10	»
539	23 jours chr.	76	[illegible]
540	3 jours	30	»
556	41 jours	410	»
563	14 jours	140	»
564	21 jours	210	»
638	10 jours + 9 jours	190	»
695	24 jours	240	»
712	7 jours	70	»
744	7 jours	70	»
783	2 mois + 27 j. chr.	289	[illegible]
807	7 jours	70	»
869	22 jours	220	»
889	13 jours	130	»
897	23 jours	230	»
902	10 jours	100	»
907	41 jours	410	»
912	1 mois + 23 j. chr.	176	[illegible]
940	4 jours	40	»
952	43 jours	430	»
957	33 jours	330	»
970	3 mois	300	»
1017	23 jours	230	»
1053	8 jours	80	»
1090	2 jours	20	»
1111	20 mois	200	»
1129	2 mois + 13 j. chr.	243	[illegible]
1140	16 jours	160	»
1195	60 jours + 24 j. chr.	679	[illegible]

1168 3 mois........................ 300 »
1177 3 mois........................ 300 »
1185 10 jours........................ 100 »

La séance se termine par le vote des admissions.

Admissions.

Combinaison A.

MM.

Lemaître, Gouville (Manche).
Petit (Emile), Saint-Lô (Manche).
Mazoyer, Villefort (Lozère).
Thiéry (Emile), Pierrefitte (Meuse).
Labbé (Edmond), Antrain (Ille-et-Vilaine).
Lachowski (Albert), Château-Porcieu (Ardennes).
Lecocq (Siméon), Saint-André (Nord).
Graille (Virgile), Nîmes (Gard).
Cauzard (Pierre), Paris.
Marion (Abel), Arles (Bouches-du-Rhône).
Bouvier (Samuel), Saint-Chaptes (Gard).
Rocheblave (Alfred), Valence (Drôme).
Gaillard (Félix), Plouharnel (Morbihan).
Cassoutte (Emile), Marseille (Bouches-du-Rhône).
Saint-Maurice (Jean), Liesse (Aisne).
Gaillard (Jean), Aurillac (Cantal).
Delahousse (Joseph), Allouagne (Pas-de-Calais).
Giscard (Joseph), Cransac (Aveyron).
Richard (Eugène), Saint-Amand-de-Vendôme (Loir-et-Cher).
Dircksen, La Varenne (Seine).
Coulomb, Nîmes (Gard).

Combinaison C.

Rilhac (Louis), Estissac (Aube).
Chassy (Jean), Arles (Bouches-du-Rhône).
Lachèze (Gabriel), Hautefort (Dordogne).
Bompard (Edmond), Port-de-Bouc (Bouches-du-Rhône).
Cousin, Saint-Galmier (Loire).
Lamotte, Willems (Nord).
Moulinéry, Fumel (Lot-et-Garonne).
Reygasse (Joseph), Toulouse (Haute-Garonne).
Rey (Louis), Arles (Bouches-du-Rhône).

Le Secrétaire des séances,

Dr Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des anévrysmes aortiques

Comme traitement palliatif des anévrysmes aortiques, on recommande généralement de protéger l'anévrysme contre les violences extérieures s'il est saillant, au besoin par une plaque métallique ; de plus, il faut observer le repos aussi complètement que possible, et même le repos au lit. M. Huchard conseille le régime lacté ou le régime lacto-végétarien.

Le régime lacté exclusif est ordonné si l'anévrysme paraît faire des progrès rapides : dans le cas contraire, on recommandera le régime lacto-végétarien, qui peut être maintenu plus longtemps.

L'application d'un sachet de glace sur la région de l'anévrysme, les injections de morphine, sont les moyens les plus propres à calmer les douleurs.

Comme traitement curatif, dit le journal *Le Monde Médical* dans un excellent article, les auteurs prescrivent le plus souvent l'iodure de potassium ou l'iodure de sodium et la cure mercurielle, dans l'espoir que l'origine de l anévrysme est la syphilis, enfin le chlorure de calcium, et la gélatine.

Le *chlorure de calcium* est un excellent coagulant : administré par la voie gastrique, il passe dans la circulation sans se transformer, et peut avoir ainsi une action efficace. Il est donc recommandable, et on le donnera en solution assez étendue pour supprimer son action irritante sur l'estomac, à la dose de 2 à 4 gr. par jour.

La *gélatine* mise au contact du sang en détermine rapidement la coagulation. Mais, on ne doit pas la donner par la voie gastrique, car elle s'absorbe alors sous forme de peptone, substance empêchant la coagulation et l on irait ainsi à l'encontre du but que l'on se propose. Aussi Lancereaux et Paulesco ont-ils eu l'idée de l'administrer en *injections sous-cutanées*. Ils recommandent la solution suivante :

Gélatine blanche du commerce...... 4 à 5 gr.
Solution de chlorure de sodium à 7 p. 1,000............................ 200 c. c.

M. Huchard emploie une solution plus étendue :

Gélatine.......................... } àà 10 gr.
Chlorure de sodium............ }
Eau.......................... 1000 gr.

On injecte à la fois 50 à 150 c.c. de l'une ou l'autre de ces solutions. Les injections peuvent être répétées tous les huit jours, pendant très longtemps.

Si l'on emploie cette méthode, il faut avoir grand soin de ne se servir que d'une solution bien stérilisée, la gélatine étant un très bon milieu de culture (et l'on sait que la stérilisation de la gélatine est particulièrement difficile).

Pour diminuer les risques de tétanos dû à une *mauvaise stérilisation de la gélatine, M. Boinet* a proposé récemment d'injecter du sérum à l'*ichtyocol*. De nouvelles observations montreront la valeur de ce procédé.

Présence de l'arsenic dans la glycérine dite pure.

MM. Bourgault et Galimard ont constaté que les glycérines dites pures contiennent des traces d arsenic, sous forme de composés non décelables directement par l'appareil Marsh.

Pour mettre en évidence la présence de l'arsenic, on ajoute à la glycérine un volume double d'eau distillée acidulée par 1 pour 100 d'acide sulfurique pur ; on fait bouillir pendant 10 heures en ayant soin de munir le ballon d'un réfrigérant à reflux : après refroidissement, le mélange donne avec l'appareil de Marsh l'anneau caractéristique.

Cela prouve que l'arsenic se trouve dans la glycérine sous forme d'un composé qui ne se dissocie pas dans les conditions ordinaires de fonctionnement de l'appareil de Marsh ; pour que les réactions apparaissent, il faut dissocier le composé arsenical par le procédé indiqué par M. Galimard.

M. Galimard croit que le composé arsenical qui existe dans les glycérines pures, et qui a jusqu'ici passé inaperçu, est à l'état d'éther arsénieux et provient de l'acide sulfurique employé dans la fabrication des glycérines brutes. (*Répertoire de Pharmacie.*)

L'arthrite blennorrhagique.

Après avoir montré dans sa thèse inaugurale que la blennorrhagie est une maladie générale à manifestations multiples, M. le Dr Le Bihan, de Rennes, insiste sur ce fait que le rhumatisme blennorrhagique a une marche chronique et une tendance très marquée à l'ankylose ; aussi, nécessite-t-il un traitement énergique et précoce

Parmi les divers traitements médicaux employés jusqu'à ce jour, l'auteur s'arrête :

1° A la médication calmante, comme accessoire ;

2° A la révulsion et à la compression dans l'intervalle des séances de massage et de mobilisation qu'il recommande : — il proscrit avec énergie l'immobilisation.

L'électricité mérite d'être tenue en considération et étudiée méthodiquement.

Mais il donne toute sa préférence aux traitements chirurgicaux :

1° La ponction devrait devenir la règle et précéder les traitements médicaux, quand on recule devant l'arthrotomie ;

2° L'arthrotomie est la méthode de choix. Il est à souhaiter qu'elle devienne plus répandue, et surtout qu'elle soit employée d'une façon plus précoce ; elle sera suivie le plus tôt possible de massage et de mobilisation.

Iodure de potassium et néphrites.

M. le Dr François Satte, de Castillon-de-Gagnères (Gard), a étudié, dans sa thèse, les effets particuliers de l'iodure de potassium dans les néphrites. Il insiste, tout d'abord, sur ce fait que l'iodure de potassium est un médicament très peu toxique. On le donne à doses élevées chez l'individu normal, sans grands inconvénients.

A doses modérées, les effets physiologiques sont à peu près ceux de l'iode. A doses exagérées, s'ajoute l'action de la base.

L'iodure s'élimine principalement par les reins, accessoirement par les différentes muqueuses. Le défaut d'élimination est, dans la majorité des cas, la cause de l'intoxication iodique, expliquant qu'une dose thérapeutique puisse devenir toxique.

Dans la néphrite syphilitique précoce, accident secondaire, l'iodure n'a pas l'efficacité du mercure, qui reste le spécifique vraiment souverain dans cette période de la maladie. Si l'on veut ajouter à l'action spécifique du mercure l'action tonique, reconstituante qu'on reconnaît à l'iodure, on pourra l'employer à faibles doses comme adjuvant général du traitement, à condition toutefois que le malade ne présente pas de troubles gastro-intestinaux. Dans la néphrite syphilitique tertiaire, la nature même des lésions, *scléreuses et non spécifiques*, commande son emploi et il doit retrouver la première place dans le traitement des accidents de cette période. Par son efficacité contre la sclérose, il est indiqué dans la néphite interstitielle.

En dehors de la syphilis, lorsqu'il existe une altération du filtre rénal, on donnera la préférence à l'iodure de sodium qui est moins toxique et s'élimine mieux. Dans tous les cas, qu'il s'agisse de néphrites syphilitiques (secondaire ou tertiaire), de néphrite interstitielle ou d'autres affections (artério-sclérose, myocardite, emphysème), dans lesquelles le rein peut être touché, on tâtera la susceptibilité du malade pour le médicament. On commencera par des doses faibles et fractionnées pour faciliter l'élimination. On s'assurera *si possible* de l'état fonctionnel du rein par les différentes méthodes d'exploration de la perméabilité rénale. Dans la pratique courante, l'iodure s'éliminant par la glomérule avec l'eau urinaire, l'évaluation de la quantité des urines et la recherche de l'iode peuvent suffire.

La néphrectomie dans la tuberculose rénale.

D'après M. le Dr E. Desnos, l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale gagne chaque jour du terrain. Considérée d'abord comme trop audacieuse, comme faisant courir au malade de gros risques en disproportion avec les chances d'un bon résultat, qu'on supposait devoir être éphémère, l'extirpation d'un rein tuberculeux est entrée maintenant dans la pratique. Les objections tombent peu à peu devant les observations plus nombreuses, devant les arguments et les faits apportés par les auteurs, et notamment par ceux qui ont pour ainsi dire imposé cette opération : Albarran, Pousson, Léon Bernard, entre autres, en France ; Israël et Casper, en Allemagne.

C'est l'étude de l'évolution de la tuberculose urinaire qui a conduit les chirurgiens à l'intervention. L'existence de deux modes d'invasion de l'appareil urinaire par la tuberculose est démontrée aujourd'hui. Dans des cas donnés pour suspects et mêmes niés il y a quelques années, le bacille envahit primitivement le rein, et l'inoculation des voies inférieures se fait ensuite : c'est la tuberculose descendante ou hématogène. Elle est ascendante dans un autre groupe de faits : la prostate et la vessie sont infectées primitivement, et c'est en remontant par les canaux urétéraux que l'invasion du bassinet puis du parenchyme rénal se produit.

Cette dernière forme, seule admise autrefois, est en réalité la plus rare ; la proportion varie suivant les statistiques des auteurs que je ne puis reproduire ici, mais l'étude des lésions et l'évolution symptomatique ne permet plus de douter que l'invasion rénale soit ordinairement primitive.

A ces notions il faut en ajouter une autre qui est prédominante pour les indications chirurgicale ; c'est l'unitéralité des lésions. Les procédés de diagnostics si perfectionnés aujourd'hui établissent nettement que la lésion tuberculeuse débute par un seul rein dans l'immense majorité des cas. Elle peut rester unilatérale fort long-

temps, mais, si l'intervention chirurgicale ne soustrait pas rapidement cet organe malade à l'économie, les voies inférieures se prennent facilement et irrémédiablement. On a même pu parfois opérer des malades dont les lésions rénales étaient avancées et l'état général précaire, alors que l'intégrité de l'autre rein restait entière, et obtenir ainsi des guérisons inespérées.

Il est ordinairement difficile dans la pratique de suivre l'évolution d'une tuberculose urinaire, parce qu'on se trouve le plus souvent en présence de lésions à la période d'état et que les renseignements recueillis ne permettent pas d'en établir la chronologie.

Il est évident que l'intervention a d'autant plus de chances d'être efficace qu'elle est plus précoce : le foyer tuberculeux rénal primitif n'a pas encore retenti sur l'organisme qni offre plus de résistance. D'autre part, le rein congénère reste indemne pendant longtemps, même lorsque les voies inférieures sont infectées. Il est intéressant de suivre l'évolution des tuberculoses rénales unilatérales qui après avoir déterminé des lésions profondes et étendues de la vessie et de la prostate, n'offrent plus de tendance à envahir l'uretère correspondant et à infecter l'autre rein. Des faits nombreux le démontrent, tandis que dans d'autres observations, plus rares, on assiste à une infection rapide.

MM. Guyon et Albarran ont démontré que la rétention vésicale tient sous sa dépendance la progression des éléments morbides vers le rein. Une vessie, qui continue à bien se vider, quelle que soit l'étendue des lésions qu'elle présente, ne constitue qu'un danger médiocre pour le rein sain. Mais dès que le bas-fond se laisse distendre et que la vessie ne se vide plus complètement, laissant un résidu liquide infectieux, continuellement au contact des orifices urétéraux, l'ascension bacillaire ne tarde pas à se produire.

On peut donc assister à l'évolution très prolongée d'une tuberculose rénale, voir un malade s'émacier, perdre ses forces et approcher de la cachexie, et constater que l'autre rein résiste jusqu'au bout. Il m'a été donné à plusieurs reprises d'intervenir, non sans hésitation ni sans crainte, chez des sujets cachectiques et de voir en très peu de temps la santé générale reparaître, d'une manière tantôt définitive, tantôt, mais plus rarement, temporaire.

L'intervention est alors radicale ou palliative. Quand on se trouve en présence d'un rein manifestement distendu, en état de pyonéphrose, ce qui d'ailleurs est rare dans la tuberculose rénale et que les symptômes tels que la douleur, la fièvre, sont prédominants, on doit se comporter comme en présence de toute rétention rénale infectée : il faut inciser, même lorsque l'état général est mauvais, mais sans chercher à enlever le rein. Le traumatisme est peu important, la durée de l'opération est très courte et le choc presque nul : aussi m'a-t-il été donné d'obtenir de vraies résurrections dans ces cas. Peu importe à ce moment que la lésion primitive soit tuberculeuse, c'est la poche purulente qu'il faut ouvrir ; très souvent une néphrectomie secondaire est ultérieurement possible.

Mais la néphrectomie primitive elle-même est justifiée en présence de certaines lésions rénales unilatérales très avancées. L'indication en est difficile à poser parce que la recherche de l'intégrité de l'autre rein, indispensable pour opérer, est elle-même difficile. En effet, la palpation directe ne confère que de vagues renseignements ; le rein peut être infecté sans modifications du volume, de la mobilité ou de la sensibilité. Souvent même on se trouve induit en erreur par une douleur du côté sain, et qui, toute réflexe, a son point de départ dans le rein malade. C'est le réflexe réno-rénal de Guyon.

La véritable source de renseignements précis serait donc la vessie, mais à une période avancée de la tuberculose, elle est elle même presque toujours envahie, douloureuse au contact et à la pression, et saigne au moindre contact. Elle ne tolère pas la distension et ne saurait se prêter au cathétérisme de l'uretère. Les mêmes raisons rendent la séparation des urines presque impraticable ; et d'ailleurs de l'urine non infectée sortant d'un uretère normal se chargerait d'éléments morbides pendant son passage sur la muqueuse vésicale malade.

Le cathétérisme urétéral fait au moyen de la cystoscopie à vision directe serait peut-être réalisable, mais cette méthode est encore trop jeune pour permettre de porter un jugement sur les services qu'elle est appelée à rendre.

Il en est de même de l'exploration de la sensibilité des extrémités des uretères faite au moyen de la palpation abdominale, du toucher rectal ou vaginal, comme l'a indiqué Bazy. La recherche de ces points douloureux est importante et donne de bons renseignements ; mais elle est trop souvent négative, même dans des cas de tuberculose avancée.

Il est un signe très précieux à rechercher, c'est l'aspect des orifices urétéraux et de la muqueuse vésicale à ce niveau, observés au moyen du cystoscope. Si le cathétérisme de l'uretère n'est pas possible dans le cas d'intolérance vésicale, il est bien rare que l'on ne puisse faire un examen rapide de la muqueuse vésicale au moyen d'un bon instrument, quand on a quelque habitude de cette sorte d'exploration.

Si le rein est infecté, on voit toujours l'orifice de l'uretère correspondant entouré de productions tuberculeuses à des degrés variés, allant depuis la vascularisation simple avec légère desquamation par places, jusqu'aux ulcérations. Cet aspect s'étend sur une étendue plus ou moins grande, mais il y a toujours prédominance des lésions infectieuses au niveau de cet orifice. En continuant l'observation, on verra se produire des éjaculations d'urine trouble ou louche contrastant avec la limpidité du milieu où l'on opère, entraînant des filaments ou des particules blanchâtres, quelquefois rouges, de même que le liquide qui souvent aussi est teinté.

Bien différent est l'aspect d'un méat urétéral correspondant à un rein sain. Même au milieu d'une vessie très infectée, il a perdu peu de ses caractères normaux ; à peine est-il un peu plus vascularisé, mais on ne constate pas dans la zone qui l'entoure les lésions exubérantes desquamatives ou ulcératives dont l'image est bien connue : cet aspect s'étend sur une zone assez large, surtout en bas et en dehors et contraste avec celui du reste de la muqueuse vésicale dans les cas fréquents où coexiste une cystite tuberculeuse. Il semble que le courant d'une urine aseptique empêche la contamination de la région circumvoisine qu'elle soumet à un lavage continu.

Si l'on ajoute que le liquide qui vient sourdre de l'uretère est limpide, on verra que l'opposition est bien tranchée entre les deux orifices dans le cas de tuberculose rénale unilatérale. C'est là un signe constant et dont la constatation a la plus grande valeur pour déterminer l'intégrité ou l'infection d un rein.

Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse des enfants.

Dans la *Pédiatrie pratique* du 1er avril dernier, le professeur Ausset consacre une forte intéressante leçon au traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse, envisagée comme maladie infantile.

Pour l'auteur, l'entérite muco-membraneuse n'est ni une maladie infectieuse, ni une névrose. Sans nier que les erreurs d'hygiène alimentaire chez les enfants, aussi bien que l'irritation du grand sympathique, soient capables d'intervenir pour favoriser l'éclosion de cette modalité pathologique et l'entretenir ensuite, il la considère surtout comme fonction d'arthritisme et « ne « trouve pas, au point de vue pathogénique, de « différence entre elle et l'eczéma des nourris- « sons, l'asthme infantile, etc »

L'indication est donc formelle : modifier le terrain, activer la nutrition, faire de l'antisepsie intestinale pour réduire à leur minimum les fermentations.

Le régime à prescrire est le régime lacto-farineux, avec le bouillon de poulet ou de légumes comme véhicule, ou le lait caillé comme adjuvant précieux.

L'A. s'étend avec une précision de détails fort instructifs pour la pratique ; sur la distribution des repas et la composition des menus, dont la variété ou l'abondance augmentent parallèlement à l'amélioration du malade.

Comme traitement médicamenteux proprement dit, l'A. recommande les purgations périodiques avec de petites prises de calomel ou de peroxyde de magnésium, les laxatifs quotidiens, les grands lavages quotidiens pratiqués avec les sondes intestinales de Châtel-Guyon et l'eau de Châtel-Guyon tiédie au bain-marie. Les compresses humides très chaudes, maintenues en permanence sur le ventre, réussissent bien à calmer les douleurs. L'état général sera remonté par un séjour à la campagne ou dans la petite montagne. La cure thermale de Châtel-Guyon, soit à domicile — un verre à Bordeaux d'eau de Gubler avant de manger, deux fois par jour — soit mieux, à la station, est bien supérieure, dit l'A., à la cure de Plombières, en raison du caractère éminemment tonique de ses eaux.

Les poussées aiguës sont justiciables du repos au lit, des grands bains chauds prolongés, des cataplasmes émollients sur l'abdomen, du lait caillé, du calomel à doses très réparties tous les deux jours, deux centigrammes en quatre fois ; des injections de sérum artificiel, d'eau de mer, dans les formes typhiques.

Quand les phénomènes aigus sont calmés, le tannigène est excellent contre la diarrhée persistante.

L'alimentation ne sera reprise qu'avec une extrême prudence et très progressivement.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE PRATIQUE

L'anesthésie générale par la scopolamine-morphine.

Il est beaucoup question actuellement d'une nouvelle méthode d'anesthésie par la scopolamine-morphine. M. le Dr Walther a communiqué, récemment, à la Société de chirurgie, les résultats de sa pratique dans 347 cas, sur lesquels 21 cas n'ont pas été accompagnés de chloroforme, et 326 ont été complétés par le chloroforme : cet auteur affirme ne jamais avoir eu d'accidents ; c'est donc un procédé digne de fixer notre attention et nous nous proposons de nous en occuper aujourd'hui.

I.

La Scopolamine.

M. le Dr Gabriel Cheylan, de Pierrefeu (Var), vient d'étudier, dans sa thèse, la méthode d'anesthésie par la scopolamine, associée à la morphine, qui a donné de si remarquables résultats à M. Walther.

« Pour la première fois en 1890, la scopolamine $C^{17}H^{21}AzO^4$ fut extraite de la Scopolia Japonica. Mais d'autres plantes de la même tribu en contiennent aussi. Ce sont : les Scopolia Carniolia Atropoïdes et Lucidæ. On en retire également des différentes Datura, Alba, Stramonium, Quercifolia et Arborea, mais en bien moins grande quantité ; quant à la jusquiame et à la belladone, elles n'en contiennent que des traces. C'est d'ordinaire la Scopolia Atropoïdes et la Duboisia Myoporoïdes que l'on emploie pour retirer la scopolamine.

« Les alcaloïdes des solanées sont très voisins les uns des autres, mais ils doivent cependant se diviser en deux groupes très distincts : d'une part, les tropéines, dérivés éthérés de la tropine, $C^8H^{15}AzO$ et, d'autre part, les scopoléines, dérivés éthérés de la scopoline $C^{17}H^{23}AzO^{32}$; l'éthérification dans ces deux groupes se fait avec les acides aromatiques et le même acide se rencontre dans les deux séries.

« C'est ainsi que l'atropine est un tropate de tropine $C^{17}A^{23}AzO^3$, et la scopolamine un tropate de scopoline $C^{17}H^{21}AzO^4$. Les autres alcaloïdes : hyoscine, hyosciamine, daturine, belladonine, etc., sont des tropines et doivent être considérés, comme l'a montré Regnault, comme des isomères de l'atropine. Déjà, en 1880, Ladenburg avait trouvé dans les eaux-mères de la préparation de l'hyosciamine une substance, l'hyoscine. Or, ces deux corps, scopolamine et hyoscine, seraient cliniquement identiques, ayant tous deux pour for-

mule $C^{17}H^{21}AzO^4$, mais elles auraient des propriétés physiologiques différentes.

« Donnée faible dose, la scopolamine excite le centre respiratoire et accélère la respiration ; à dose forte, elle la ralentit ; à dose toxique, la respiration devient râlante et peut même cesser entièrement, après avoir passé par le type de Cheynes-Stokes. Elle exerce, en outre, une action inhibitrice sur le pneumogastrique, ce qui entraîne une accélération du rythme cardiaque. Le cœur peut être troublé et dans son fonctionnement et dans la structure de sa fibre contractile, si la dose initiale a été trop forte. Elle possède encore des propriétés vaso-dilatatrices, se manifestant par une coloration rose de la face, par une augmentation des sécrétions, par une mydriase plus ou moins accentuée. Sur le cerveau, son pouvoir narcotique produit un sommeil irrésistible, sans rêves, ni délire.

« La scopolamine se présente sous forme de cristaux prismatiques, fusibles à 59°, solubles dans l'eau, l'alcool, l'éther. La scopolamine s'altère facilement à l'air et à la lumière, d'où nécessité de l'utiliser fraîchement préparée et de la conserver dans des ampoules fermées et opaques. Le sel de scopolamine employé le plus ordinairement est le bromhydrate, mais il serait dans le commerce trop souvent impur et contiendrait de la scopolamine active et de la scopolamine inactive ou hyoscine et de l'atropine. »

II.

Technique de l'anesthésie.

« Le mode d'administration de la scopolamine-morphine est l'injection sous-cutanée faite avec une seringue de Pravaz ordinaire. Elle est donc des plus simples, ne nécessitant ni apprentissage ni aucun appareil spécial. Tous les opérateurs n'emploient pas une solution identique et ne procèdent pas exactement d'une façon semblable. Un seul point leur est commun : tous reconnaissent la nécessité d'adjoindre à la solution de scopolamine une certaine quantité de morphine ; celle-ci étant un puissant antidote de la scopolamine, en rend l'emploi inoffensif. Le point le plus important est la proportion respective de chacune des deux substances que doit renfermer la solution, non seulement au point de vue de l'innocuité, mais encore au point de vue du pouvoir anesthésique. »

Différentes formules ont été conseillées et employées.

Schneiderlin, le créateur de la méthode, injecte en deux fois, à deux heures d'intervalle :

Scopolamine....... 0 gr. 0006
Morphine.......... 0 gr. 02

Korff administre à ses opérés :

Scopolamine....... 0 gr. 001
Morphine.......... 0 gr. 025, en 3 fois.
1er tiers — 2 h. 1/2 avant l'opération.
2e tiers — 1 h. 1/2 avant l'opération.
3e tiers — demi-heure avant l'opération.

Si, pendant l'opération, le malade s'agite et gêne par ses mouvements le résultat de l'opération, il lui fait injecter à nouveau :

Scopolamine.... 0 gr. 0002 à 0.0003
Morphine...... 0 gr. 005 à 0.01

Chez l'enfant, Korff injecte des doses très réduites :

Scopolamine.... 0 gr. 0001 à 0.0002
Morphine...... 0 gr. 003 à 0.005

« M. le professeur Bloch (de Fribourg-en-Brisgau), à qui Terrier a emprunté la technique, donne des doses plus fortes de scopolamine en espaçant davantage les injections, de façon à amener le plus doucement possible le sommeil le plus profond possible.

« Il emploie la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine... 0 gr. 012
Bromhydrate de scopolamine 0 gr. 0012
Eau distillée............... 1 cent. cube.

« Il fait une première injection, quatre heures, une seconde deux heures, et une troisième, une heure avant l'opération.

« Après avoir été découverte et employée d'abord en Allemagne, elle a été importée en France par M. le Professeur Terrier, qui l'a expérimentée dans son service clinique de la Pitié pour la première fois le 5 décembre 1904. La solution dont il se sert contient :

Eau.................... 0,01 cm.c.
Morphine.................. 0,01 centigr.
Scopolamine.............. 0,001 milligr.

« C'est également celle qui a été employée dan le service de M. le Professeur Forgue.

« A côté de cette technique, qui cherche à obtenir l'anesthésie sans associer la scopolamine au chloroforme, on peut, et c'est ce qui nous semble la vérité pour les laparotomies, combiner la scopolamine au chloroforme. On diminue alors sensiblement la dose de scopolamine, ne faisant qu'une seule injection de 1 milligramme, deux heures avant l'opération. Il faut alors donner le chloroforme avant le début de l'opération. Cette technique présente l'avantage de supprimer l'attente opératoire avec ses angoisses, ainsi que les douleurs du réveil accompagnées d'excitations et de vomissements. Enfin et surtout, on diminue sensiblement la dose de chloroforme. Cette dose est difficile à préciser, car on ne peut savoir d'une façon exacte la quantité qui s'est évaporée et celle qui a été absorbée. Mais, tandis qu'avec les appareils quels qu'ils soient, le malade absorbe toujours exactement la même quantité, si on donne auparavant au malade une dose de scopolamine qui diminue considérablement sa résistance à l'anesthésie, on conçoit qu'il lui faudra une dose bien moindre d'anesthésique, pour un résultat égal. D'ailleurs, on peut administrer le chloroforme avec un appareil quelconque, ce qui diminuera encore la quantité de chloroforme dépensée, mais non la quantité de chloroforme absorbée. L'appareil en usage dans le service de M. le professeur Forgue est l'appareil Ricard. Pour prendre des chiffres comparables : Mickulicz, sur 1.000 anesthésiés, obtient une moyenne de 80 grammes par cent minutes d'anesthésie ; avec la scopolamine injectée au préalable, cette moyenne tombe à 14 ou 16 grammes, pour cent minutes d'anesthésie. »

Voici, maintenant la technique de M. Walther :

Il pratique l'injection de scopolamine une heure avant la chloroformisation ; la quantité injectée est de *un demi-milligramme de scopolamine*, et un *demi-centigramme de morphine*. M. Walther em-

ploie ensuite la chloroformisation, en se servant de l'appareil de Ricard. Le sommeil est calme, la respiration ample et régulière, les vomissements post-anesthésiques sont plus rares que si l'on emploie seulement la chloroformisation.

D'ailleurs, nous allons, avec M. Cheylan, étudier les phases du sommeil scopo-morphinique et les précautions à prendre pour l'emploi de cette méthode.

L'injection étant pratiquée une heure environ avant l'opération, soit à la face externe du bras, soit à l'abdomen, les effets seront d'autant plus prompts à se manifester et d'autant plus parfaits que le sujet se trouvera dans un endroit silencieux et calme ; les distractions, les cahots, les secousses imprimées par la préparation du champ opératoire sont des causes d'échec très importantes pour l'anesthésie par la scopolamine-morphine.

« Après l'injection, le malade se place dans le décubitus dorsal, les bras repliés au-dessus de la tête ou allongés contre le corps. La respiration est calme et régulière, le pouls plein et fort. Le nombre des inspirations est d'ordinaire de seize à dix-neuf ; le pouls bat, selon les sujets, entre quatre-vingt et cent.

Quand on examine les pulsations, on remarque, vers la 15e minute, une accélération régulière du pouls, mais sa force diminue progressivement et la tension artérielle baisse ; il n'y a ni intermittences, ni irrégularités.

Les premiers vertiges surviennent généralement après 20 minutes, ils consistent surtout en troubles de la vision, il n'y a pas de bourdonnements d'oreille. Vers la 25e minute, le nombre des inspirations baisse de deux ou trois environ, tandis que le nombre des pulsations artérielles augmente de 15 à 20 ; le visage commence à se colorer et la sensation de soif apparaît.

Le vertige augmente ensuite, l'intelligence devient paresseuse, la langue est embarrassée, la parole est lente, mais brève et saccadée.

« La mydriase commence vers la 40e minute. On note, en découvrant les paupières, en même temps que de la dilatation pupillaire, un certain degré de déviation en haut des globes oculaires. La résolution des muscles des membres n'est pas complète, on peut sans effort leur faire exécuter tous les mouvements, mais, abandonnés à eux-mêmes, ils ne retombent pas brusquement sur le lit, cette chute se fait lentement comme dans le sommeil normal. Il faut cependant noter que, si profond que paraisse le sommeil, si l'on vient à secouer le sujet, si on lui parle haut et avec insistance, si l'on fait du bruit autour de lui, il s'éveille comme dans le sommeil physiologique, mais l'anesthésie persiste et la sensibilité à pincement, aux piqûres, est absolument nulle. Cette anesthésie complète, avec persistance des fonctions intellectuelles comme le fait remarquer Verrier, est particulièrement frappante dans l'emploi de la scopolamine, qui semble agir exclusivement sur les fibres sensitives. Et il ajoute, ce qui vient corroborer nos observations du début de l'étude clinique : « De ces remarques, découlent certaines précautions indispensables à observer : il faut transporter les malades avec une grande précaution, en évitant de les remuer brusquement. Il est indispensable, pendant toute la durée de l'opération, de garder le silence. Il faut surtout s'abstenir de secouer les malades, comme on a tendance à le faire pour s'assurer qu'ils dorment. Il est bon également de leur couvrir les yeux avec une compresse, car, en cas de réveil, ils commencent par ouvrir les yeux, et la vue, toute inconsciente, des personnes qui les entourent achève de les réveiller ». Ces remarques s'appliquent surtout à l'anesthésie scopo-morphinique sans adjonction de chloroforme. Mais elles peuvent également s'adresser à toute la première partie de l'anesthésie mixte. »

Selon M. Terrier, il ne faut pas employer l'éther comme adjuvant de l'anesthésie scopo-morphinique, car il est susceptible d'augmenter la vaso-dilatation et de causer des accidents d'œdème pulmonaire.

Au cours de l'opération, l'anesthésie chloroformique peut être obtenue par l'appareil de Ricard. Les malades se laissent placer sur la table d'opération sans opposer la moindre résistance. Ils respirent d'une façon calme et régulière et passent, sans période d'excitation, de l'engourdissement scopo-morphinique à l'anesthésie complète chloroformique. Grâce à ce procédé, on peut faire respirer au sujet un mélange d'air et de vapeurs chloroformiques, ou bien enlever entièrement le masque et permettre le libre accès de l'air. La suspension dure une ou plusieurs minutes et l'on recommence dès que le réflexe cornéen commence à revenir.

« Deux grands avantages sont par conséquent obtenus par cette méthode ; le premier pour l'opéré, qui, en respirant de l'air de temps à autre, court bien moins les risques de la syncope, et le second pour le chirurgien, qui opère avec tranquillité, voyant le bon état de son malade, et avec sûreté, puisque ce dernier ne fait aucun mouvement capable de gêner les différents temps de la technique opératoire.

« Au début du chloroforme, on note une diminution du diamètre de la pupille et, pour peu que l'anesthésie chloroformique se prolonge, le myosis fait suite à la mydriase. Nous avons remarqué une fois de la contracture de la paroi abdominale, pouvant apporter une gêne à la laparotomie, mais elle ne fut que légère et disparut assez vite. Presque toujours, il s'est produit de la vaso-dilatation se traduisant à la périphérie par de la rougeur des téguments et, sur le champ opératoire, par de l'écoulement sanguin en nappe, mais incapable, par son peu d'abondance, de nuire en quoi que ce soit à la bonne conduite de l'opération. Il n'y a jamais eu non plus d'hémorragie secondaire, l'hémostase faite pendant l'opération ayant toujours été suffisante. »

« Le réveil se fait sans heurt et sans nervosité, d'une façon absolument comparable au réveil physiologique. Le malade ouvre les yeux, son faciès exprime l'étonnement. N'ayant aucun souvenir de ce qui vient de se passer, il s'efforce de rassembler ses idées et de reconstituer la tranche de vie qui lui échappe. Les opérés se réveillent d'eux-mêmes pendant les dernières sutures ; on ne doit jamais chercher à obtenir le réveil d'une façon brusque. On n'a jamais noté à ce moment ni nausées, ni vomissement, ni efforts, si préjudiciables à la réunion des sutures. Le malade, ne retrouvant que très lentement la sensibilité, et ne souffrant pas de sa plaie, se laisse panser sans mouvements de défense. Il entend ce qu'on lui dit, ouvre les yeux quand on lui parle, mais demeure inerte sans se plaindre, ni paraître ressentir aucune douleur. Le contraste à ce moment-là est

frappant entre un opéré qui a reçu au préalable de la scopolamine et celui qui n'en a pas eu. Le premier est calme et paisible, tandis que le second est agité, violemment secoué parfois par des vomissements. L'aide de plusieurs personnes est nécessaire pour faire tenir un pansement qu'une personne seule suffit à confectionner au premier. On peut dire qu'un chirurgien qui a vu le commencement et la fin d'une anesthésie chloroformique commencée à la scopo-morphine, a des chances sérieuses d'adopter la nouvelle méthode, séduit par les avantages qu'il aura remarqués. Si l'on note à ce moment la respiration et le pouls, on remarque que tous deux sont en-dessous de ce qu'ils étaient avant la piqûre. Le pouls bat entre 60 et 70, le nombre des respirations est de 15 à 17. » Le malade se réveille suffisamment pour poser quelques questions à son entourage sur son opération ; il ne se doute pas qu'il l'a subie. Bientôt, il se rendort dans un calme absolu; le lendemain il n'éprouve aucun malaise et peut manger sans dégoût, ni nausée ; seule, la soif est un peu persistante. Mais, le phénomène le plus important et, en somme, le plus heureux, c'est que le patient demeure comme anesthésié pendant plusieurs jours et ne se plaint jamais de souffrir.

III

Conclusions.

En résumé, les avantages de l'anesthésie scopo-morphinique sont les suivants : elle atténue l'angoisse opératoire, elle supprime la période d'excitation, elle permet un emploi très minime de chloroforme, assure à l'opéré un réveil sans heurt et sans nervosité, enfin lui permet de prendre, après la secousse opératoire, une journée de repos sans ressentir aucune douleur.

A côté de ces avantages, il faut signaler malheureusement quelques inconvénients : l'inconstance de sa préparation, sa variété d'action selon les sujets, la vaso-dilatation susceptible d'amener des hémorragies, la contracture de la paroi, pouvant gêner dans une laparotomie, et enfin les phénomènes d'intoxication signalés quelquefois à la suite d'injections à doses trop fortes.

Mais, on peut diminuer sensiblement ces inconvénients en recourant toujours à une solution de scopolamine parfaitement pure et extrêmement faible ; l'action toxique de la scopolamine est variable selon les sujets ; il faut tâter la susceptibilité individuelle et l'idiosyncrasie.

« L'emploi de la morphine est également à surveiller, elle est d'un maniement délicat et M. Berluraux signale des accidents, dont un qui lui est personnel, survenus à la suite d'une injection sous-cutanée à la dose classique de 0,01 cgr. Il eut un commencement d'intoxication après une injection de 0,002 milligr. 1/2 de morphine, et depuis il a conservé ce qu'il appelle une vieille rancune contre cet alcaloïde. Il pourrait dès lors très bien se faire que des accidents attribués à la scopolamine seule soient imputables également à la morphine. Il faudra donc, comme conclusion pratique, surveiller attentivement tous les organes d'élimination et ne pratiquer la scopo-morphinisation que lorsque le foie et les reins fonctionnent normalement.

« Enfin, comme le conseille Yvon, il ne faudra jamais perdre de vue que l'on va faire pénétrer des substances toxiques dans un organisme présentant une résistance minimum, par suite de l'anesthésie, du choc opératoire et enfin, dans certains cas cliniques, par l'affection qui a rendu l'intervention nécessaire.»

M. Cheylan termine en proclamant que l'anesthésie scopo-morphinique mérite d'être prise en considération et peut rendre de nombreux services à tous les chirurgiens qui voudront l'expérimenter.

Dr Paul Huguenin.

HYDROLOGIE

Une histoire édifiante d'un tuberculeux guéri aux Eaux-Bonnes.

Je citais, l'an dernier, d'après le Dr Gassot, l'histoire d'un abbé, tuberculeux cachectique, aujourd'hui encore bien portant et exerçant son ministère sans fatigue et avec ardeur.

En voici un autre exemple : M. G. M... est âgé de 19 ans en 1872, fils d'un père mort cirrhotique en 1879 et d'une mère morte à 72 ans, tous deux arthritiques ayant eu de nombreuses manifestations de leur diathèse. Une sœur aînée morte tuberculeuse en 1871.

Lui-même n'a jamais été malade jusqu'en 1871, époque où il est pris d'une violente hémoptysie suivie d'une poussée tuberculeuse du côté gauche aboutissant très rapidement à la formation d'une caverne. Fièvre, expectoration très abondante. En 1872, après avoir passé l'hiver 1871-1872 à Cannes, il est envoyé aux Eaux-Bonnes où il arrive le 3 juin. Le docteur Pidoux voit le malade le 4 au matin et, sans beaucoup de ménagements, dit à la mère qu'elle aie à remmener son fils au plus vite : il n'en a plus que pour quelques jours. La mère tient bon et Pidoux consent à ce que le malade reste mais s'oppose à tout traitement minéral. Un mois se passe ; le climat sédatif et tonique d'Eaux-Bonnes amène une amélioration assez sensible et Pidoux prescrit une *cuillerée à soupe* par jour de la Source vieille. L'amélioration se continue; la seconde semaine, le malade boit un quart de verre, puis un demi-verre. L'amélioration se poursuit ; on interrompt ce traitement pendant 15 jours et on recommence une nouvelle cure de 15 jours avec un demi-verre et deux fois dans la journée.

Notre malade reste en tout trois mois à Eaux-Bonnes et il repart déjà transformé. Nouvel hiver à Cannes, pendant lequel, à trois reprises, il prend un verre d'Eaux-Bonnes pendant 15 jours chaque fois.

Deuxième saison à Eaux-Bonnes en 1873. Le malade fait des promenades à pied en voiture et à cheval. Il est transformé. L'hiver suivant, il reste dans sa famille, fait des cures d'Eaux-Bonnes. En 1874, troisième saison. Pidoux le considère comme guéri, il fait des ascensions en montagne. L'hiver suivant, il entre à Paris dans une maison de commerce importante et depuis cette époque vit d'une vie fort active.

Tout ceci me fut conté par le malade lui-même et par son médecin, auquel je succédais à Châtillon-sur-Seine en 1888. Le malade est devenu mon client et mon ami.

Puis, en 1893, à la suite de revers de fortune qui le réduisirent à la misère, il revint à Paris où je le retrouvai ; fatigué par la misère et une vie

de surmenage, il fut atteint d'une pneumonie infectieuse, puis d'un rhumatisme aigu et enfin d'une endocardite aiguë à laquelle il succomba en 1896.

Dans l'intervalle de sa guérison et de sa mort, il eut une violente poussée de goutte articulaire, et une pleurésie droite avec épanchement et enfin sciatique. Son poumon gauche respirait très mal, mais il n'y avait pas d'expectoration et il ne toussait jamais. C'est un cas de guérison avec survie de 23 ans, au prix d'un poumon perdu et incontestablement à l'actif d'Eaux-Bonnes.

Voilà un de ces tuberculeux guéris « dont le monde est rempli », comme disait Pidoux, et comme on l'oublie trop aujourd'hui.

Les membres du Concours en connaissent certainement beaucoup qu'ils devraient bien nous signaler.

D[r] Léon Leriche.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Questions d'hygiène publique liées à l'exploitation des tramways de Valenciennes (1);

Par le docteur A. Manouvrier (de Valenciennes), Membre correspondant de l'Académie de médecine.

L'exploitation des chemins de fer routiers à voie étroite de Valenciennes, plus communément désignés sous le nom de « tramways » (2), présentait au début, et présente encore des défectuosités au point de vue de l'hygiène publique.

Les prochaines modifications de leur matériel, nécessitées par la substitution de l'électricité à la vapeur dans la traction, donnent à ces questions un caractère d'actualité, tout au moins locale (3). Aussi, croyons-nous devoir attirer l'attention sur quelques desiderata de cet ordre, notamment sur l'abattage de la poussière par arrosage de la voie, et le ménagement des conducteurs receveurs par installation de strapontins à leur usage; chemin faisant, nous signalerons les diverses améliorations, tentées ou réalisées.

I

Abattage de la poussière par arrosage de la voie.

Il y a une quinzaine d'années, nous avons demandé à la Compagnie de remédier à l'abondante poussière soulevée, pendant l'été, par le passage des trains sur les routes, notamment dans les endroits encaissés, sur le viaduc, par exemple.

Les wagons soulèvent d'autant plus facilement la poussière que, comme pour les automobiles, leur partie inférieure rase presque le sol, par suite de la nécessité, vu l'étroitesse de la voie, de maintenir le plus bas possible leur centre de gravité. La formation en un train de plusieurs voitures favorise encore ce soulèvement.

Outre l'incommodité qu'elle occasionne aux voyageurs de la plateforme et des cars découverts et aux conducteurs-receveurs, ainsi qu'aux passants et aux riverains, la poussière des routes, véritable culture de microbes desséchée, constitue un des facteurs les plus efficaces de diffusion de ces germes morbides, qui jouent un rôle si important au point de vue de la santé publique. L'attention des hygiénistes s'est, depuis lors, de plus en plus portée sur ce danger des poussières des routes, croissant avec le développement de l'automobilisme. Il s'est même fondé, à Paris, une « Ligue contre la poussière sur les routes ». D'autre part, enfin, la Compagnie devait trouver avantage à épargner à son matériel la poussière, justement considérée comme un agent appréciable de détérioration.

En 1891, on plaça, devant la locomotive, un wagonnet-plateforme portant plusieurs tonneaux communicants, qui déversaient l'eau par des pommes d'arrosoir latérales. Ce procédé rudimentaire présentait le sérieux inconvénient de gaspiller l'eau, tout en ne procurant que des résultats incomplets et irréguliers ; il augmentait, d'ailleurs, sensiblement l'effort de traction et nécessitait un complément de matériel (1).

A la fin de mai 1892, des essais encourageants d'arrosage automatique de la voie eurent lieu sur les lignes de Saint-Amand et de Denain. Cette fois, le problème semblait résolu d'une façon satisfaisante et économique. L'eau était fournie par le réservoir d'alimentation de la machine; sous l'influence d'une faible pression de vapeur au moyen d'un éjecteur Giffard, cette eau se projetait en fines gouttelettes, en travers de la voie, plus particulièrement dans l'intervalle des rails et en dehors de ceux-ci, par les nombreux trous d'un tuyau transversalement placé sous le devant de la locomotive. L'arrosage paraissait suffisant et régulier, sans devoir exiger une trop forte consommation d'eau ; le patinage des roues ne se produisait point sur les rails suffisamment préservés. Sans être tout à fait annihilée, la poussière se trouvait néanmoins considérablement atténuée et supportable.

On pouvait espérer que cet heureux perfectionnement allait être appliqué, d'une façon générale et régulière, sur toutes les lignes, conciliant ainsi les intérêts de l'exploitation avec le confort et l'hygiène des voyageurs, du personnel, des passants et des habitants en bordure. Malgré les encouragements de la presse locale, il ne fut pas donné suite à ce commencement de mise en pratique, pour des raisons d'économie, qu'un hygiéniste devrait regarder comme trop parcimonieuse.

En ce moment, où s'élabore un nouveau cahier des charges, l'opinion publique trouverait naturel que les municipalités intéressées, soutenues par l'autorité départementale, se préoccupent de cette sérieuse question d'hygiène publique.

La solution semble pouvoir être obtenue par l'arrosage de la voie, plusieurs fois par jour, sur-

(1) Communication à la *Commission sanitaire de l'arrondissement de Valenciennes*, 30 novembre 1905, avec quelques additions et corrections. Présentation à l'Acad. de Méd. avec applications générales (*Bullet.*, 20 fév. 1906).

(2) La Société des *Chemins de fer économiques du Nord* exploite, dans notre région, les lignes de Valenciennes à St-Amand ; de Valenciennes à Condé et Hergnies, avec embranchement de Bonsecours ; de Valenciennes à Denain et Lourches, et de Valenciennes à Quiévrain (Belgique), avec raccordement de Roisin.

(3) « Ces desiderata existent partout, voire à Paris. » (*Bull. de l'Acad. de Méd.* cité).

(1) Voir à ce sujet, dans l'*Impartial du Nord* du 1[er] juin 1892, notre article sous le pseudonyme « Alpha mu ».

tout dans la traversée des agglomérations et aux passages rétrécis et encaissés, tels que les viaducs, au moyen de *tenders-citernes*, rattachés aux trains, ou de wagons-citernes indépendants.

Nous nous serions rallié au goudronnage de la voie, si ce mode d'abattage de la poussière n'était resté trop onéreux, et s'il était établi qu'il est compatible avec la nature du sol de nos voies, souvent pavées, ce dont nous doutons.

Il est équitable de reconnaître qu'une part de responsabilité devrait incomber aux municipalités qui négligeraient le balayage et l'enlèvement des boues et poussières, en particulier sur les trottoirs, où sont parfois déposées des ordures ménagères. Sur les routes pavées, la poussière ne provient pas autant de l'usure des matériaux, comme sur les routes empierrées, que du crottin, mélangé à d'autres détritus en décomposition ; ces détritus, respirés et surtout avalés, constituent une source fréquente d'infection (amygdalites, angines).

De toute façon, que ce soit par arrosage ou goudronnage, avec ou sans accord des municipalités et de la Compagnie des tramways, l'important est que la poussière nocive ne soit plus intensivement disséminée, comme elle l'est actuellement.

II

Ménagement des conducteurs-receveurs de trains par installation de strapontins a leur usage.

Usant souvent de tramways, et ayant l'habitude de rester, autant que possible, sur la plateforme, nous avons maintes fois éprouvé combien la station debout y devient pénible, quand elle est soutenue, sans le moindre repos assis, durant un certain temps, d'une gare terminus à l'autre par exemple. La fatigue qui en résulte se manifeste principalement par une sensation douloureuse de tassement dans la plante des pieds, parfois avec fourmillements et engourdissements des extrémités inférieures, et par un fléchissement des jointures des cous-de-pied et des genoux : ce sont là les effets tout à la fois de la station debout prolongée et de la trépidation du train.

Cette observation, qui remonte à une douzaine d'années, nous amena naturellement à nous demander comment les conducteurs-receveurs de trains pouvaient rester ainsi continuellement debout, durant quinze et même parfois dix-huit heures (!) consécutives, comme ils y sont astreints par le règlement (1). Ils nous ont alors déclaré que l'impossibilité absolue de s'asseoir était précisément ce qu'ils considéraient comme le plus fatigant dans leur service. Tant qu'ils circulent, pour la recette, ils résistent assez bien ; mais au repos debout, ils sont vite incommodés. La haute taille et surtout la longueur relative des membres inférieurs paraissent être des facteurs de moindre résistance.

Par certains points, ces inconvénients professionnels des receveurs de tramways sont analogues et comparables aux accidents parétiques des mécaniciens et chauffeurs de chemins de fer, aux troubles circulatoires des membres inférieurs chez les anciens laquais, se tenant debout derrière les carosses, et au mal plantaire de nos gardiens de la paix et des gardes du corps dans les Cours étrangères.

Pour ménager les forces de ces modestes employés de tramways, il suffirait d'installer sur la plateforme un strapontin « réservé », grâce auquel ils pourraient se reposer, par intervalles, dans les pauses du service.

Nous nous tiendrions volontiers à la disposition des ingénieurs de la Compagnie, pour l'étude de la mise en pratique de cette petite modification, qui nous paraît devoir être importante par ses résultats dans l'intérêt hygiénique du personnel.

A la Compagnie des Omnibus de Paris, il est permis aux receveurs de s'asseoir à l'intérieur, à partir du dernier bureau précédant l'extrémité de la ligne (1) ; on tolère de plus qu'ils s'asseyent, lorsque le service le permet, sur de petits sièges mobiles, analogues à ceux des balançoires, ou de larges courroies, accrochées aux poignées ou rampes de la plateforme. Leur journée, d'ailleurs, ne dépasse pas douze heures, avec une heure pour le repas, au milieu.

III

Chauffage et éclairage ; freins ; billets.

Au début de l'exploitation, les voitures n'étaient pas chauffées pendant l'hiver. Plus tard, on installa, dans les compartiments de première classe seulement, des poêles, qui, d'ordinaire, surchauffaient les voyageurs, congestionnaient leur tête en laissant les pieds froids, et souvent, à cause du rabattage en cours de marche, les enfumaient et les intoxiquaient sournoisement par l'oxyde de carbone ; il en résultait des incommodités fréquentes, parfois même des indispositions, dont la cause resta presque toujours méconnue.

Nous avons, en 1891, signalé ces inconvénients, en conseillant de recourir au *chauffage automatique par la vapeur d'échappement* de la locomotive ; ce système, inventé par M. Briaud, ingénieur du matériel et de la traction au Chemin des mines d'Anzin, venait d'être appliqué, avec avantage, sur la ligne de Somain à Péruwelz (2).

D'abord mal accueilli, ce conseil fut suivi, quelques années plus tard, et ce nouveau procédé de chauffage, hygiénique et confortable, économique par surcroît, fut appliqué aux voitures des deux classes, à la grande satisfaction des voyageurs.

La suppression de la traction à vapeur impliquera nécessairement la disparition de ce mode de chauffage.

Avec le système futur, auquel on doit songer dès maintenant, et qui sera peut-être basé sur

(1) Leur journée est ordinairement de 15 heures 20; mais, les dimanches et fêtes, elle est de 15 heures 44 en hiver, et de 18 heures 14 en été. Une vingtaine de minutes sont accordées, trois fois, pour les repas : déjeuner, dîner et goûter, et même une quatrième fois, dans le plus long service d'été.

(1) Dans les omnibus seulement... Sur les tramways, les receveurs doivent rester continuellement debout, pendant 10 heures, sauf lors du repos de 3/4 d'heure pour le repas (*Bull. de l'Acad. de méd.* cité).

(2) Les détails s'en trouvent exposés dans un article de l'*Impartial du Nord* du 10 novembre 1891, écrit sous notre inspiration.

l'emploi des *briquettes de charbon de Paris*, il importerait de ne point laisser dégager d'oxyde de carbone dans l'intérieur des compartiments.

Les chaufferettes électriques, employées avec succès sur quelques nouveaux cars des tramways de l'Est-Parisien, réaliseraient le chauffage idéal.

Les freins à vapeur, qui devront aussi être supprimés, seront, on peut l'espérer, remplacés par des *freins électriques, ou à air comprimé*, et non par les anciens freins à main, d'un maniement si pénible pour les mécaniciens et chauffeurs, à cause des vibrations transmises au membre supérieur.

Quant aux voyageurs de la plate-forme, ils ne regretteront pas les brusques secousses, ni les pulvérisations d'eau grasse et noire, que leur prodiguait le frein à vapeur ; ces dernières n'étaient d'ailleurs qu'une variante des scories offensantes pour l'œil, projetées par les cheminées des machines, bourrées de charbon pierreux et souvent essoufflées.

Enfin l'utilisation de l'électricité pour *l'éclairage* sera naturellement une des heureuses conséquences hygiéniques de la modification apportée à la traction.

En terminant, on ne peut que protester, avec tous les hygiénistes, contre l'habitude, tout au moins malpropre, de quelques receveurs qui, pour détacher plus aisément chaque coupon du bloc à souche des billets, s'humectent le pouce de salive, risquant ainsi de transmettre aux voyageur les germes de certaines maladies : grippe, tuberculose, diphtérie, oreillons, etc.

L'emploi d'un talon de caoutchouc adapté à l'extrémité du crayon de couleur qui sert à l'oblitération, récemment encore préconisé par le docteur Tauchon, sera-t-il plus pratique que celui de la petite éponge mouillée, d'abord recommandée pour éviter *l'insalivation des billets* ? Le plus simple, selon nous, serait de faire comprendre aux receveurs que leur manière de faire, d'ailleurs inutile, est répugnante et dangereuse, et que par suite, elle est mal vue des voyageurs.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ERRATA

A la page 320 de notre numéro électoral (n° 18), dans l'article 22 de la loi sur les accidents du travail, les typographes, prenant leur rêve et le nôtre pour la réalité, ont placé dans le texte actuel de la loi, chose existante, le paragraphe suivant qui fait seulement partie de nos modifications proposées :

Le bénéfice de l'assistance judiciaire en appel ou en cassation est accordé de plein droit à tout blessé produisant cinq certificats de médecins affirmant que l'incapacité du blessé est supérieure au chiffre fixé par le jugement dont on veut faire appel.

— Même remarque pour le dernier paragraphe de l'article 30 page 321.

Le médecin ou les parents du blessé auront droit d'exercer des poursuites pour infraction au présent article.

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Les répétitions de médecine opératoire.

Communication de M. le Dr Courtade à la Société du VIIIe arrondissement.

Une des questions à l'ordre du jour est celle de savoir si l'enseignement de la médecine, en France, est fait au mieux pour former des praticiens instruits, expérimentés, ou si on ne pourrait pas obtenir encore de meilleurs résultats en modifiant certaines parties ou certaines formes de l'enseignement.

Un point particulier de cette importante question a été traité dans un journal, aujourd'hui disparu : l'*Union médicale* du 5 octobre 1889 ; l'article a pour titre : *Un perfectionnement à apporter aux exercices de médecine opératoire*. En voici le texte :

« Je crois que nombre de praticiens ont dû éprouver quelque hésitation lorsque, sortis depuis peu de l'École, ils ont dû pratiquer une opération quelque peu laborieuse ou difficile. Evoquant aussitôt les notions d'anatomie et de médecine opératoire qu'ils ont acquises à l'amphithéâtre, ils reprennent quelque assurance et font tant bien que mal l'opération qui se présente, s'ils ne peuvent en charger un confrère ou si, plus entreprenants, audacieux, ils veulent la faire eux-mêmes.

Il n'est pas douteux, cependant, que s'il s'était agi d'opérer sur le cadavre, ils n'auraient pas éprouvé cette crainte, parce qu'alors il n'y a pas lieu de tenir compte du facteur le plus inquiétant dans nombre d'opérations : la perte de sang, la crainte des hémorrhagies immédiates.

Si l'on pouvait, sur le cadavre, reproduire à peu près ce qui se passe sur l'homme vivant, le futur chirurgien prendrait de l'assurance, s'aguerrirait contre les dangers menaçants et ne reculerait pas aussi souvent devant une opération urgente.

On peut obtenir ce résultat en adoptant la disposition qui est la plus simple et la plus pratique : un vase pouvant contenir de 20 à 30 litres de liquide est fixé au mur de l'amphithéâtre ou placé sur une console à 1 ou 2 mètres au-dessus de la table d'opération, afin d'obtenir une pression suffisante. De sa partie inférieure, munie de robinets, partent 1 ou 2 tubes de caoutchouc, ou plus, assez longs pour arriver jusqu'aux tables où sont posés les cadavres.

Chaque tube est terminé par une canule analogue celle qui est adaptée aux seringues à injections réplétives.

Quant au liquide à injecter, on peut choisir ou une solution de fuchsine ou une solution de permanganate de potasse qui jouit non seulement d'un pouvoir colorant très prononcé, mais encore de propriétés antiputrides.

Si le liquide est trop limpide, on peut diminuer sa fluidité en y ajoutant de la gélatine ou de la dextrine ou un mucilage de façon à se rapprocher le plus possible des propriétés physiques du sang.

Je suppose maintenant que plusieurs élèves de la même série veuillent pratiquer sur le membre inférieur les amputations successives que l'on

peut y faire après avoir opéré plusieurs fois et s'être fait la main sur un sujet exsangue ; alors, le garçon d'amphithéâtre ou, à son défaut, un des élèves fixe la canule du réservoir à la partie supérieure de l artère fémorale, on ouvre le robinet d'écoulement et tout est prêt pour l'opération.

Un des élèves fait la compression de l'artère fémorale, comme s'il s'agissait d'une opération réelle, pendant que l'opérateur pratique l'amputation ou la désarticulation. Celle-ci finie, il saisit le vaisseau avec des pinces hémostatiques ou plutôt hydrostatiques qu'il apprend ainsi à manier avec assurance et dextérité, ce que bien des praticiens font assez mal pour ne pas dire avec maladresse.

L'opération achevée, on suspend l'écoulement de la solution en fermant le robinet.

Faites de cette façon, les opérations sur le cadavre sont la *répétition générale* des opérations pratiquées sur le vivant.

Les avantages de cette façon de faire sont les suivants : l'élève apprend à opérer plus vite et mieux, à saisir rapidement le bout des artères et à en connaître la situation topographique, à constater les anomalies quant à la direction ou le calibre qui sont loin d'être rares. Il apprécie la quantité de sang que l'opéré aurait perdu, par la quantité du liquide écoulé dans le sable ou une cuvette ; enfin cette façon d'opérer donnerait un peu de cette assurance qui est le propre de ceux qui ont vécu longtemps dans les amphithéâtres, comme les prosecteurs, ou de ceux qui, par tempérament, ont un aplomb qui ne se dément pas.

Aux aides, cela apprendrait à faire une compression efficace pendant toute la durée de l'opération, intervention qui est de la plus grande importance et qui n'est pas toujours très bien faite.

Je sais bien qu'un pareil projet soulèvera des objections ; d'abord, l'installation à faire.

On peut, pour commencer, installer un seul appareil qui desservira 1 ou 2 tables dans chaque pavillon, ce qui permettra aux élèves qui ont déjà fait de la médecine opératoire, de *parfaire leur instruction* en opérant sur le cadavre injecté. On pourra ainsi exercer plusieurs séries d'élèves à chaque période de médecine opératoire.

Si les frais d'installation, qui sont d'ailleurs peu élevés, paraissaient onéreux, bien des élèves consentiraient certainement à être imposés d'une minime somme pour obtenir d'opérer sur le cadavre ainsi injecté.

On objectera que cela n'apprendra rien de nouveau aux élèves qui, sachant que l'hémorrhagie d'eau colorée n'est pas grave, n'y feront pas plus attention pour cela. Sans doute, pour quelques élèves peu observateurs, peu travailleurs, le bénéfice ne sera pas grand, mais il n'en sera pas ainsi pour ceux — et c'est la majorité — qui désirent acquérir des connaissances solides et tirer tout le profit possible des moyens d'instruction qu'ils ont sous la main, avant de se lancer dans la pratique de clientèle, qui leur réserve parfois bien des mécomptes.

Quelques-uns nieront l'utilité d'une pareille modification, trouvant que la médecine opératoire, telle qu'on la pratique actuellement dans les amphithéâtres, suffit amplement à l'instruction des futurs praticiens.

Il est bien certain que de nombreuses générations ont ainsi appris l'art opératoire ; mais, combien n'abordent pas les interventions chirurgicales parce qu'ils ne se sentent pas assez sûrs d'eux-mêmes, qui pourraient ainsi conquérir un peu de cette hardiesse que possèdent seuls ceux qui sont rompus aux opérations, comme les chirurgiens d'hôpitaux.

Je ne parle pas pour ceux-ci, non plus que pour les audacieux qui ne doutent de rien et pour qui la vie du client est chose négligeable, mais pour un grand nombre de praticiens moins aventureux et même un peu timorés.

Il y aurait encore beaucoup à dire sur l'enseignement pratique de la médecine opératoire, mais ce serait sortir des limites que je me suis assignées dans cet article ».

Si j'ai exhumé cette communication, ce n'est point parce que *j'en suis l'auteur*, mais parce qu'elle renferme une idée que je crois utile, pratique et qui constitue un perfectionnement aux moyens d'étude de la profession médicale. Il y a 16 ans, il avait peu de chances pour que l'innovation fût adoptée et même discutée ; il n'en est pas de même aujourd hui, où beaucoup de médecins pensent que tout n'est pas pour le mieux dans la meilleure des Facultés : c'est pour cela que j'ai cru devoir tirer de l'oubli cet article afin de soumettre à la discussion l'idée originale qu'il renferme.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Société locale de la Savoie

Extraits du procès-verbal de la réunion de 1905 tenue à Aix-les-Bains.

Notre réunion générale a eu lieu à la mairie d'Aix-les-Bains, le dimanche 24 septembre, à onze heures un quart du matin.

Etaient présents : MM. Armand, président ; Guilland, vice-président ; Masson, trésorier ; Forestier et Evrot, secrétaires ; Cazalis, Hollande, Dardel, Veyrat, de Chambéry ; Blanc, Dumay, Guyenot, Coze, Monard, Arnaud, Fodéré, Grange, Eyraud, Morel, Coste, Sourd, Françon.

Se sont fait excuser par lettre : les docteurs Liénard, Veyrat, de Montmélian ; Gonthier, Dénari fils, Raugé, Baur, Tissot, Schall, Caffarelle, Favre, d'Annemasse.

Il est procédé à l'admission des nouveaux confrères qui sont élus à l'unanimité. Ce sont : les docteurs Nantermoz, de Beaufort ; Reyne, de Moûtiers ; Voutier, de Chambéry ; Bouvier, d'Albens ; Bertier, d'Aix-les-Bains ; Bruny, de Saint-Michel ; Bleicher, d'Aix-les-Bains.

Sont nommés délégués pour le remplacement d'un tiers du bureau prescrit par le règlement, les docteurs Fodéré, Basso et Nantermoz (en remplacement des docteurs Gravier et Arnal, décédés, et Favre, installé en Haute-Savoie).

Sont nommés délégués pour la réunion de

l'Association générale à Paris, les docteurs Monard et Guyenot, d'Aix-les-Bains.

Il est convenu que la date de notre réunion et banquet annuels sera, comme par le passé, au mois de septembre, et la réunion pour 1906 est fixée à Saint-Jean-de-Maurienne.

Ces formalités terminées, notre président, le docteur Armand, passe en revue les différents points intéressant notre profession dans l'allocution suivante :

Mes chers confrères.

Le *projet Labbé*, apportant à la loi Roussel les modifications réclamées par le corps médical, est toujours pendant devant le Sénat. Espérons que cette assemblée trouvera un moment pour s'occuper de ce projet dont l'utilité est reconnue aussi bien pour les enfants soumis à l'inspection que pour les médecins.

Je vous ai parlé, l'année dernière, du *projet Lepage*, auquel vous avez donné un avis favorable. Le *Bulletin de l'Association générale* vous a appris que l'assemblée générale l'avait adopté en principe et avait voté une somme de 2,000 francs pour l'année 1905. Cette décision contribuera à assurer la valeur et la sécurité des caisses annexes (Association amicale pour l'indemnité, maladie et Caisse de retraites du corps médical français).

Quelques-uns d'entre vous ont été fortement émus d'une décision prise l'année dernière par le Conseil général et d'après laquelle le *tarif de montagne* pour le service d'assistance médicale gratuite, ne devait être appliqué qu'aux routes ayant une pente de 8 0/0. Cette décision a été réellement prise, mais sauf contestation ou difficulté soulevées par les maires ou l'administration, elle n'a pas d'effet rétroactif, et le tarif de montagne reste appliqué tel qu'il l'a été jusqu'à ce jour. A ce propos, je vous recommande de nouveau de vous adresser toujours à vos confrères de la commission départementale pour toutes les questions intéressant le service de l'assistance médicale. Vous les avez choisis pour défendre vos intérêts et il se feront un devoir et un plaisir de les défendre.

Vous avez applaudi l'année dernière une délibération de la Commission des hospices d'Albertville, obligeant les *blessés par accident du travail soignés à l'hôpital* à payer des honoraires au médecin traitant en plus des frais de séjour. Cette délibération, approuvée par le ministre, semblait devoir créer un heureux précédent. Malheureusement, un vote du Sénat est venu en détruire ou au moins grandement en atténuer la portée. D'après ce vote, la journée de séjour à l'hôpital pour les blessés du travail, ne pourra, tout compris, dépasser 3 francs 50. Il nous reste cette seule ressource, nous entendre avec les commissions des hospices : le prix de journée étant généralement de 2 francs ou 2 fr. 50, leur demander de nous allouer le supplément comme honoraires de nos soins.

Vous avez sans doute appris par les journaux que le *Congrès de la Fédération des Sociétés de secours mutuels* de la Savoie avait, à l'unanimité de ses membres émis le vœu suivant:« Le corps médical est invité à adopter pour ses honoraires des soins donnés aux membres des sociétés de secours mutuels, le tarif de l'assistance médicale gratuite. » Je ne suis pas saisi officiellement de ce vœu, mais j'ai acquis la certitude qu'il avait été réellement émis, et vous déciderez si vous avez l'intention de le discuter.

La question mise ainsi sur le tapis, plusieurs confrères émettent leur opinion ; finalement, il est admis que l'Association des médecins de la Savoie n'a pas de réponse collective à faire — d'autant plus qu'elle n'a pas reçu communication du vœu. — la question des tarifs d'honoraires devant être traitée dans chaque localité par les médecins y exerçant. A un point de vue général, il semble se dégager de la discussion cette opinion que la dignité du corps médical, comme la dignité des sociétés de secours mutuels, exigent que les mutualistes, et surtout les mutualistes aisés, ne soient pas traités comme des indigents. Les médecins présents sont d'ailleurs unanimes pour affirmer leurs sympathies pour les mutualistes et leur désir d'arriver avec eux à une bonne et cordiale entente.

Le docteur Evrot entretient la Société de la création d'un syndicat médical à Chambéry qui, depuis sa formation toute récente, a pu rendre déjà de grands services, tels que : roulement établi dans certains postes fixes médicaux, établissement d'un tarif pour les sociétés de secours mutuels de la ville et banlieue.

A l'issue de cette assemblée, un banquet nous réunissait tous au Pavillon Rivolier, près de la gare. Etaient venus se joindre à nous les docteurs Godard et Voisin, d'Aix, ce qui portait notre nombre à 31.

Au dessert, notre président se lève et prononce l'allocution suivante qui soulève plusieurs fois d'unanimes applaudissements. Avec une finesse exquise et un choix d'expressions des plus parfaits, il fait l'apologie de notre Société, montre son utilité et aborde la délicate question des rapports entre confrères. Ce petit morceau d'éloquence sera savouré par les médecins qui n'ont pu être des nôtres au banquet et sera lu avec un égal plaisir par les convives du Pavillon Rivolier :

Mes chers Confrères,

Vous avez été sensibles à nos sollicitations et vous avez répondu nombreux à notre appel. Trente et un présents sur soixante inscrits, c'est un progrès. Ce n'est pas assez encore ; il faut faire la guerre aux abstentionnistes, il faut les amener à nous.

L'abstention peut revêtir deux formes différentes et comprendre, d'une part, les membres de notre association qui n'assistent pas à nos réunions, d'autre part, les médecins qui n'appartiennent pas à notre association. Les premiers ne remplissent pas tout leur devoir : il ne suffit pas d'apporter un appui matériel par le versement d'une cotisation, il faut encore apporter un appui moral, prendre l'initiative des progrès, discuter les intérêts professionnels, faire une active propagande en faveur de l'association. Quant aux médecins qui veulent nous ignorer, je ne sais comment expliquer leur conduite. Se tenir à l'écart d'un groupement professionnel dont l'idée principale est de soulager les infortunes des membres de la famille médicale ! ! Le but ne peut être plus pur, l'esprit de prévoyance plus avisé. Les journaux de Paris ont rapporté dernièrement l'histoire d'un médecin âgé, mort misérablement, sur un grabat dans un taudis. Ils ajoutaient : « Et cependant il était bon médecin, on lui avait prédit un brillant avenir ». Soit, mais il était un abstentionniste, il avait négligé d'entrer dans notre association qui ne laisse jamais un des siens malheureux et sans secours. Cet exemple montre combien ont tort les imprévoyants. Il n'est pas un seul d'entre nous, si couru de la clientèle, si fortuné, si robuste soit-il, qui puisse se flatter s'échapper aux accidents de la vie. Songeons donc à l'avenir, sachons voir les brouillards de l'horizon, entrons non seulement dans l'Association des médecins de France, mais encore dans l'Association amicale pour l'indemnité-maladie et dans la Caisse de retraite du corps médical, sociétés de tout repos qui, en toutes circonstances, nous mettront à l'abri de la misère.

Notre ami, le docteur Masson, en termes excel-

lents, a payé le juste tribut de regrets à nos chers disparus au cours de l'année. Tous, nous nous y sommes associés. A mon tour, je salue les jeunes qui viennent pour combler les vides. Et puisque nous voici en une réunion aussi nombreuse d'anciens et de jeunes, permettez à votre président qui a acquis une certaine expérience des choses de la vie médicale et a eu la chance de résoudre heureusement quelques conflits entre confrères, de vous donner, non pas des conseils, mais sa manière de voir, ou mieux, sa manière de comprendre les premières relations entre anciens et jeunes, l'état d'esprit que doivent apporter les uns et les autres dans ce premier contact d'où peut dépendre l'avenir de la vie confraternelle.

Anciens, mes amis, il faut voir clairement les choses et nous incliner devant une loi inexorable. Après avoir monté la côte, acquis une certaine situation, nous commençons la descente ; peu à peu, notre clientèle va s'égrener, se disperser et tourner ses regards vers le soleil levant. Rappelons-nous que nous aussi, nous avons été jadis le soleil levant. N'en ayons ni amertume, ni acrimonie. Soyons philosophes ; accueillons les jeunes avec bienveillance et cordialité. Nos intérêts particuliers peuvent être opposés, mais nous restons solidaires, liés par l'intérêt général de la dignité de notre profession.

Jeunes confrères, vous commencez pleins d'ardeur et d'enthousiasme ; ayez pour vos aînés la déférence due à leur âge et aux services rendus à l'humanité, faites les premiers pas vers l'entente cordiale ; n'imitez pas les arrivistes qui veulent tout avaler, car les clientèles qui se précipitent en coups de vent se dispersent en tourbillons. Les bonnes et solides clientèles demandent du temps et sont faites de l'estime réciproque du malade et du médecin. Mais tous, anciens et jeunes, écoutez-moi ; quand on viendra vous dire : tel ou tel de vos confrères a tenu tel ou tel langage désobligeant sur votre compte, a eu tel ou tel procédé discourtois à votre égard, réfléchissez ; le monde est méchant, il a intérêt à vous brouiller. Répondez hardiment : « Ce n'est pas vrai. » Pour mon compte, je vous affirme que ce n'est pas vrai. Car ou bien on a inventé de toutes pièces, ou bien on a singulièrement exagéré. Et alors, obstinez-vous à être incrédule, n'évitez pas ce confrère, ne lui faites pas grise mine, ne lui rendez pas coup pour coup; allez tranquillement, sans parti-pris, lui rapporter le *racontar* et soyez persuadés que dans la grande, la très grande majorité des cas, de ces explications loyales, résultera pour vous deux l'estime méritée, une bonne et solide amitié confraternelle.

Anciens et jeunes, nous avons tous le sentiment des difficultés de notre profession, des exigences toujours croissantes de l'existence. Nous ne craignons pas la peine, nous savons que nous ne ramasserons jamais l'or à la pelle, et que notre ambition doit se borner à gagner honorablement notre vie, à élever convenablement notre famille. Cette ambition, nous l'avons, nous voulons la réaliser et un des plus sûrs moyens d'y arriver est l'union entre nous, l'union qui nous permettra de faire bloc pour la défense de nos droits trop souvent méconnus ; c'est à cette union si désirable que je vous invite, mes chers confrères, à lever nos verres.

Un triple ban et des applaudissements prolongés saluent cette allocution.

M. le docteur Blanc, d'Aix, se fait l'interprète de tous en remerciant le président.

M. Monard, d'Aix, notre délégué à Paris, prend la parole. Dans une spirituelle causerie, il nous parle de la réunion à laquelle il a assisté à Paris. Il n'a rien compris tant il se faisait de bruit, mais ce qui l'a frappé, c'est de voir le bureau occupé par de « vieilles barbes », littéralement pris d'assaut par une cohue de jeunes. J'ai eu l'impression, dit il, que les temps étaient changés pour « notre association, que les questions professionnelles étaient devenues plus pressantes par suite « de la lutte pour la vie, et qu'il fallait que notre association prît nettement le parti de s'en « occuper. »

Puis, tous les confrères s'égrenèrent dans les salons du Cercle d'Aix qui avait bien voulu mettre à notre disposition des fauteuils pour une matinée musicale et reprirent le train dans différentes directions, enchantés de l'accueil charmant et empressé des confrères d'Aix et de l'excellente journée qu'ils ont passée près d'eux.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Le renfort attendu.

Pour la défense des idées qui nous sont chères, un champion de première valeur vient de se lever au milieu des mutualistes eux-mêmes.

Depuis trois ans, nous ne cessions de rappeler à nos confrères le nom de M. F. Lépine, l'inspecteur primaire d'Arcis-sur-Aube, qui, sous le patronage de plusieurs philanthropes, comme Frédéric Passy, avait publié chez A. Colin, 5, rue de Mézières : « *La mutualité, ses principes, ses bases véritables.* »

Toutes nos associations avaient adopté, avec un ensemble parfait, les vues dont M. F. Lépine eut la hardiesse de se faire le protagoniste. Mais nous éprouvions quelque surprise de ne plus le rencontrer avec nous quotidiennement sur la brèche, lorsque nous reçûmes la précieuse lettre que voici :

Arcis-sur-Aube (Aube), le 4 mai 1906.

Monsieur le Directeur,

Dans le *Concours médical* du 11 mars 1905 (n° 10), vous avez publié (p. 158-9) sur la question des rapports entre les médecins et la mutualité une lettre de M. le Dr Jablowski, qui concluait à la suppression du service médico-pharmaceutique mutualiste, « sur les bases du projet de M. Lépine, tel qu'il est exposé par M. Darin (pages 66-69 de sa thèse). »

Je suis l'auteur de ce projet, que j'ai exposé dans mon livre : La « *mutualité* », et je me félicite d'avoir ainsi servi la cause des médecins autant que celle des mutualistes. Je sais les résistances que nous opposent la routine et les préjugés. Dans le n° 5 de l'*Educateur mutualiste* (fin mai), j'essayerai de réfuter les objections fragiles que l'on fait de divers côtés au système de l'indemnité pécuniaire quotidienne, et je me ferai un plaisir de vous adresser ledit numéro.

Mais, en vue de cet article, vous m'obligeriez, si vous pouviez m'indiquer l'adresse exacte de M. le Dr Pierre Darin, ou l'éditeur, et le prix de sa thèse, dont je ne connais rien encore, en dehors de ce que je viens de rappeler.

Je vous serais aussi reconnaissant de vouloir bien m'adresser si possible votre n° du *4 mars 1905*, auquel vous renvoyez M. le Dr Jablowski. Celui du 11 mars, m'a été communiqué par M. le Professeur Pinard, de l'Académie de médecine, avec qui je suis en relations amicales.

Merci d'avance, Monsieur, et veuillez croire, je vous prie, à mon bien sincère dévouement.

F. LÉPINE.

Inutile de dire avec quel empressement nous avons répondu aux modestes demandes de M. Lépine. Mais nous ne pouvons nous en tenir là en fait de bienvenue souhaitée à l'*Educateur Mutualiste*.

Nous lui devons une présentation en règle à

tous nos lecteurs, *présentation que ceux-ci voudront bien répéter aux S. S. M. dont ils sont les médecins*; car il faut à tout prix que le nouveau journal soit lu et suivi par les mutualistes à convaincre.

Voici la fiche détaillée et précise (il en est quelquefois de bonnes) que nous nous empressons de publier à cet effet :

L'Educateur Mutualiste

Revue Mensuelle de Mutualité et d'Education populaire.

(ACTION MORALE, ÉCONOMIQUE, CIVIQUE ET SOCIALE)
Paraissant le 25 de chaque mois
Directeur : F. LÉPINE,
Inspecteur de l'Enseignement primaire à Arcis-sur-Aube (Aube),
Président de la Mutualité scolaire du Canton d'Arcis.

Abonnement : *3 fr. par An.* (*Union postale*: *4 fr.*)
Envoi sur demande d'un numéro spécimen contre 15 centimes en timbres.

Sommaire du nº 1 (*janvier* 1906): Notre but, notre programme, notre doctrine. — Une belle œuvre récompensée : M. Cavé et la Mutualité scolaire. — L'Evolution actuelle de la Mutualité française, 1er article (F. Lépine). — Les Retraites ouvrières et l'avenir de la Mutualité scolaire (Edouard Petit). — Pages à méditer : La vertu éducatrice de nos institutions républicaines et les dangers de l'esprit de parti (Channing). — Bibliographie : La Puériculture (Dr A. Pinard). Les Causeries du Grand-Père (Fréderic Passy).

Sommaire du nº 2 (*février* 1906) : A nos lecteurs. — L'Evolution actuelle de la Mutualité française, 2e article (F. Lépine).—La Mutualité dans l'armée. Documents officiels. — Correspondance mutualiste. — Les Syndicats d'instituteurs, 1er article (F. L.). — La Patrie (Ernest Lavisse).

Sommaire du nº 3 (*mars* 1906) : Le Livret individuel et les subventions (Lettre ouverte à M. le Ministre de l'Intérieur) (F. Lépine). — Les Syndicats d'instituteurs, 2e article (F. L.). — Un Contradicteur anonyme : Réponse à un confrère. — Le mois économique et social : 1. La loi sur les retraites ouvrières. — 2. La Société française des Habitations à bon marché. — 3. Conférence libre-échangiste.— 4. Le Pacifisme devant la Science économique.— 5. Antimilitarisme et Socialisme. — 6. La Crise agraire en Russie et le Collectivisme. — Les traitements des Inspecteurs primaires.

Sommaire du nº 4 (*avril* 1906): Une question mal posée : Le fonds commun et le livret individuel (F. Lépine). — La loi sur les retraites ouvrières et la Mutualité. — L'autre évolution nécessaire : Les médecins et la Mutualité (F. L.). — Revue de la Presse mutualiste. — Questions d'hygiène scolaire. — Le Mois économique et social : I. La catastrophe de Courrières et la grève des mineurs.— 2. Syndicats de fonctionnaires. — 3. Le libre-échange à la Chambre des communes. — 4. L'Eloge de Turgot à la Société d'économie politique Paris. — 5. Pacifisme et Antimilitarisme.

A travers la presse.

La Mutualité, en dépit d'apparences florissantes, traverse une crise. Les retraites ouvrières obligatoires lui porteraient, le jour où elles seraient créées, un coup probablement mortel. D'autre part, le mécanisme des Mutualités a besoin de transformations pour être en état de donner les résultats qu'on s'en promettait. Toutes ces préoccupations expliquent l'apparition d'une nouvelle revue mensuelle, *l'Educateur mutualiste*, dont le directeur, M. F. Lépine, est un inspecteur primaire de l'Aube, spécialiste dans cet ordre de questions.

Quelques lignes extraites de l'article-programme suffiront à indiquer le caractère nettement libéral de notre nouveau confrère :

« *L'Educateur mutualiste*, respectueux des personnes, uniquement attentif aux idées et aux faits, servira de son mieux la République et la Liberté. Il sera nettement, et également, individualiste et mutualiste. Il conciliera sans peine, loin de les opposer, l'amour de l'humanité et le culte de la France, de cette France qui reste le « soldat du droit », et qui garde « la conscience de la noblesse de son histoire et de ses destinées. » (M. Rouvier).

« En défendant la liberté et la propriété individuelle contre le socialisme et le protectionnisme, il veut travailler selon ses forces à la paix sociale, non moins précieuse, non moins nécessaire que la paix internationale ; à cette union de tous les Français que troublent sans doute — chez quel peuple n'en est-il pas ainsi ? — les sophismes de l'erreur et les suggestions du vice, mais qui se reforme d'elle-même devant le péril commun. »

(*Journal des Débats*, 17 janvier 1906.)

Au moment même où paraissait notre premier numéro, une publication, inspirée par le même désir d'être utile aux propagateurs de l'idée mutualiste dans nos écoles, voyait le jour à Arcis-sur-Aube.

M. F. Lépine, auteur du livre bien connu de tous les mutualistes, la *Mutualité, ses principes, ses bases véritables*, lançait le premier numéro de sa revue mensuelle, *l'Educateur mutualiste*.

Nous souhaitons une cordiale bienvenue à notre nouveau confrère qui, à en juger par son premier numéro et par le titre choisi, sera une véritable Revue où les questions de doctrine seront traitées avec une remarquable ampleur et une compétence à laquelle M. Lépine nous a depuis longtemps habitués.

(*La Mutualité scolaire et post-scolaire*, 20 janv. 1906.
Supplément bimensuel à *l'Avenir de la Mutualité*.

M. F. Lépine, l'auteur d'un ouvrage très remarqué sur les Sociétés de Secours mutuels, s'est préoccupé de l'éducation mutualiste. Sous le titre, *l'Educateur mutualiste*, il vient de fonder une Revue destinée à répandre les saines doctrines et la vérité scientifique qui n'exclut pas la fraternité, en un mot à orienter les Mutualités « vers une organisation qui les préserve d'inévitables déceptions et sauvegarde leurs destinées ». Tous les amis éclairés de la Mutualité doivent saluer cette heureuse tentative et en souhaiter le succès.

La question du choix entre le fonds commun et le livret individuel de retraite vient de faire dans *l'Almanach de la Mutualité*, sous la signature de M. Cavé, et dans *l'Educateur mutualiste*, sous la signature de M. F. Lépine, l'objet de deux articles très importants en faveur de l'adoption du livret individuel.

Maurice Bellom (*Journal de la Société de Statistique de Paris*, mars 1906.)

La Mutualité, dont les amis et les propagandistes de la prévoyance ne cessent d'admirer le développement, a besoin de conseils et d'enseignements. Les actuaires savent mieux que personne l'importance qui s'attache à faire pénétrer dans les milieux mutualistes les notions techniques de l'assurance. Ils salueront donc avec joie l'apparition d'un nouvel organe mensuel : « l'Educateur mutualiste » qui se propose notamment les objets suivants : « préciser la situation où se trouvent les Mutualités, scolaires ou d'adultes ; dissiper pour elles les obscurités, les incertitudes, les équivoques ; leur permettre de mesurer les erreurs commises ; leur indiquer les moyens pratiques de les éviter ou d'y remédier ; et, en corrigeant, en redressant leur mode de fonctionnement, résoudre le problème si important de leurs rapports. »

... Le nom du directeur de cette Revue est le meilleur garant de sa valeur technique : M. F. Lépine est, en effet, l'auteur d'un livre « *La Mutualité, ses principes, ses bases véritables* », dont la publication fit sensation, il y a deux ans et demi. Son esprit d'observation, sa sagacité et sa dialectique permettent d'affirmer que les actuaires trouveront dans « l'Educateur mutualiste » le plus précieux auxiliaire.

pour le succès des efforts qu'ils tentent chaque jour en vue de la diffusion des méthodes rationnelles dans les institutions de prévoyance.

(*Bulletin de l'Institut des actuaires français*, mars 1906.)

Bulletin d'abonnement à « l'Educateur Mutualiste ».

Je soussigné,
Profession et adresse
déclare m'abonner jusqu'au 31 décembre 1906 à l'*Educateur Mutualiste* à dater du 1er (1) moyennant la somme de (2) que je joins ci-inclus.

A , le
SIGNATURE,

C'est donc désormais le bloc compact formé par les mutualistes les plus clairvoyants, par les médecins, par les pharmaciens, qui va poursuivre, sans concessions et sans défaillances, la destruction de cette bastille égarée dans nos mœurs de liberté: « les *services médicaux et pharmaceutiques des S. S. M.* » Pour le suprême assaut, nous allons certainement recruter de nouveaux alliés au cours des conversations de la Commission mixte qu'organise l'Union des Syndicats médicaux sur la demande de M. Mabilleau, et, si nos confrères ont scrupuleusement fait la campagne électorale que nous leur réclamions par le dernier numéro du journal, la revision projetée de la loi de 1898 détruira irrévocablement cet anachronisme au cours de la législature qui va commencer. (Le *Concours médical*.)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Diffamation et plainte non fondée contre un médecin.

Mon cher confrère,

Je vous envoie une copie du jugement rendu mardi dernier dans mon affaire de diffamation.

Veuillez, je vous prie, quand vous en aurez pris connaissance, la faire parvenir à Me Gatineau, dont les conseils ont été suivis de point en point et à qui j'adresse, ainsi qu'à vous-même, mes très sincères remerciements.

Ci-joint un bon de poste de dix francs, ce qui est peu, je le reconnais volontiers, pour prouver ma reconnaissance.

Confraternellement à vous,

Dr X.

N. B. -- P.... est venu faire des excuses et m'a prié de vouloir bien lui redonner mes soins !! L'empoisonné qui réclame les soins de l'empoisonneur ! !

. . . .

Nous, juge de paix,

Après avoir entendu les parties, en leurs explications et conclusions ;

Attendu que les propos diffamatoires reprochés au défendeur n'ont été ni contredits ni contestés, – et qu'il ne s'est pas borné à adresser au parquet une plainte calomnieuse contre le Dr C., mais qu'aussi bien avant qu'après cette plainte il en a parlé à plusieurs personnes de son entourage, d'où est résultée la divulgation de cette affaire, tant à O.. que dans les communes environnantes ;

Attendu qu'il reste constant que ces propos ont été tenus de mauvaise foi, avec l'intention de nuire, dans un but de vengeance et aussi de chantage ;

Attendu que si, dans une certaine mesure, il est permis de rejeter la responsabilité de cette faute sur le mauvais état de la santé de P., état de santé qui aurait momentanément affecté ses facultés intellectuelles, il a eu néanmoins conscience des conséquences préjudiciables qui auraient pu résulter de son accusation contre le docteur C., en lui enlevant l'estime et la confiance qu'il peut avoir acquises dans l'esprit du public.

Attendu que si la diffamation de P. n'a entraîné aucune conséquence appréciable au point de vue matériel, il y a eu réellement un préjudice moral, lequel aurait pu être plus grave si C. eût été un médecin débutant ou s'il n'eût été au-dessus de toute critique, tant par son honorabilité que par ses qualités professionnelles ;

Attendu par suite que le Dr C. est en droit de réclamer au sieur P. une réparation et que cette réparation doit avoir surtout pour but de détruire le mauvais effet produit par ses propos diffamatoires.

Attendu que si le demandeur ne fait pas de cette affaire une question d'argent, il paraît néanmoins équitable de l'indemniser des frais qui ont pu résulter pour lui de cette malheureuse affaire ;

Attendu que nous avons les éléments nécessaires pour apprécier le montant de l'indemnité à allouer et l'importance qu'il y a lieu d'accorder à la publicité ;

Attendu enfin qu'il y a lieu de tenir compte du regret manifesté à l'audience par le mandataire de P. et des excuses faites par ce dernier, si tardives soient-elles ;

Par ces motifs, faisant droit aux parties et jugeant en dernier ressort, condamnons P. à payer au Dr C. une somme de cent francs, à titre d'indemnité, et ordonnons l'affichage par extraits du présent jugement dans 14 communes du canton et l'insertion dans 3 journaux de l'arrondissement, le tout au choix du demandeur, et sans que la dépense des insertions et affichages puisse excéder 150 francs.

Condamnons P. à tous les dépens de l'instance.

Signé : B.

Affaire Syndicat Médical du Var contre Icard Albert, marchand de primeurs à Carmes.

En la cause . . . .

. . . .

Attendu que le sieur Icard Albert est renvoyé devant le tribunal correctionnel comme prévenu, d'avoir, dans le courant de l'année 1905, et dans tous les cas depuis un temps non prescrit, à Fréjus, Puget-sur-Argens et Vidauban, pris part habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies, sans être muni d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé;

Attendu que les faits reprochés à Icard ne sont pas matériellement contestés ; qu'il est du reste prouvé, non seulement par les aveux du prévenu, mais par les débats que, depuis longtemps, sans être muni de diplôme de médecin, il donne des consultations aux malades, dirige leur traitement,

(1) Janvier, ou le premier mois de l'abonnement.
(2) 3 fr. pour l'année entière (Etranger : 4 fr.) ; 25 centimes par numéro à paraître (Etranger : 30 centimes). — Envoyer mandat ou bon de poste à M. F. Lépine, à Arcis-sur-Aube (Aube).

leur prescrit des médicaments et les moyens curatifs que la science médicale enseigne ; qu'enfin il perçoit le prix de ses consultations ;

Que sa façon de procéder est la suivante : Il se rend chez le malade, s'assied près du lit, habituellement accompagné d'une femme, quelquefois aussi d'un homme qui aurait le pouvoir de l'endormir du sommeil magnétique, et c'est, s'il faut en croire le prévenu, pendant cet état léthargique qu'il indique la partie du corps qui serait le siège de la maladie, puis, une fois réveillé, il prescrit des médicaments, le plus souvent les spécialités de la même maison ; et délivre quelquefois une ordonnance qu'il écrit lui-même ou qu'il dicte;

Que c'est ainsi qu'il a traité à Vidauban, en septembre 1903, le jeune Dogliom et lui a prescrit des applications de sangsues ; au même lieu, en novembre 1903, le sieur Trie, auquel il a ordonné de la poudre alcalino-phosphatée du docteur Dubois et des sangsues au cou ; au même lieu, en septembre 1905, la dame Anné épouse Henry, de la poudre du Docteur Dubois et des pilules sédatives ; à deux reprises en 1904 au même lieu la dame Court, épouse Troin, de la liqueur ferrugineuse du docteur Carrier; en 1904, au Pujet, la dame Rouvier, épouse Maria, des tisanes faites de certaines plantes remises par le prévenu lui-même ; en 1904, le sieur Boyer divers médicaments ; en 1904 au même lieu, le sieur Clappier, du vermifuge Lazare ; en février 1905, au même lieu, le sieur Rossi, divers médicaments, après auscultation ; au même lieu en janvier 1905, la dame Pelissier, du quinium Labaraque, après auscultation ; en 1904 au même lieu, le sieur Pascal Lucien des médicaments du Dr Dubois, prescrit plusieurs ordonnances et des frictions au nitrate ;

Attendu que la plupart de ces personnes lui ont payé le prix de ses visites;

Attendu que les faits ci-dessus établis, et d'ailleurs reconnus par Icard, constituent le délit d'exercice illégal de la médecine, prévu et puni par les articles 1, 16, 17, et 18 de la loi du 30 novembre 1892;

Attendu que ces agissements délictueux ont porté un préjudice certain au Syndicat médical du Var ; qu'il lui est dû réparation et que le Tribunal a les éléments pour en fixer le montant.

Par ces motifs, vu les articles 1, 16, 17 et 18 de la loi du 30 novembre 1892, 52 du code pénal, 194 du code d'instruction criminelle dont M. le Président a fait lecture,

Le tribunal correctionnel de l'arrondissement de Draguignan, département du Var, déclare Icard atteint et convaincu d'avoir, depuis moins de 3 ans, à Vidauban et au Puget-Saint-Argens, exercé illégalement la médecine et, en répression, le condamne à cent francs d'amende et, faisant droit aux conclusions de la partie civile, condamne Icard à 25 francs de dommages et intérêts envers le Syndicat médical du Var, représenté par son Président, le docteur Brun-Bourguet ;

Condamne ce dernier, ès qualités aux dépens, sauf son recours contre le condamné, le tout avec contrainte par corps dont la durée est fixée au minimum voulu par la loi ; dit toutefois, en ce qui concerne la peine d'amende qui vient d'être prononcée contre Icard, et attendu que ce dernier n'a jamais subi de condamnation et que de bons renseignements ont été recueillis sur son compte, il sera sursis à son exécution conformément à l'article 1 de la loi du 26 mars 1891 dont M. le Président a également fait lecture.

Ainsi jugé et prononcé à Draguignan, en audience publique, au palais de justice, le 30 mars 1906 par MM. Dumas, Président ; Sivan, juge, et Boggero, juge suppléant.

REPORTAGE MÉDICAL

Engagements conditionnels des étudiants en médecine. — Le *Journal officiel* vient de publier un décret très important ainsi conçu :

« Les jeunes gens qui remplissaient, avant la mise en vigueur de la loi du 21 mars 1905, les conditions requises pour contracter l'engagement volontaire spécial prévu par l'avant-dernier alinéa de l'article 59 de la loi du 15 juillet 1889, pourront exceptionnellement contracter cet engagement du 10 au 21 mai 1906. »

Voici l'avant-dernier alinéa de l'article 59 de la loi du 15 juillet 1889, dont il est question :

« L'engagé volontaire qui remplira l'une quelconque des conditions fixées par l'article 23, pourra bénéficier des dispositions du dit article, après un an de présence sous les drapeaux, à la condition que la demande ait été formulée au moment de l'engagement. »

Une instruction ministérielle, adressée aux préfets, donne les prescriptions relatives à l'application de ce décret. Seront admis à bénéficier de ces dispositions exceptionnelles :

1e Les jeunes gens ayant atteint l'âge de dix-huit ans du 9 octobre 1905 à la date de la mise en vigueur de la loi du 21 mai 1905, soit le 21 mars 1906. En conséquence, tous les jeunes gens de cette catégorie remplissant les conditions de l'article 23 de l'ancienne loi militaire ne feront qu'une année de service ;

2e Les jeunes gens qui, s'étant présentés pour s'engager avant le 9 octobre 1905, ont été ajournés pour inaptitude physique par les commandants de bureaux de recrutement et qui seront reconnus propres au service armé après une nouvelle visite. Les certificats d'aptitude ne seront délivrés qu'aux jeunes gens ayant toute la vigueur nécessaire pour faire un bon service actif.

Les intéressés seront admis à s'engager dans l'un des régiments d'infanterie désignés par la circulaire de répartition du 31 août 1905, pour recevoir les hommes de la subdivision dans laquelle leur famille est domiciliée. Toutefois il ne sera pas admis plus de quatre engagés par régiment.

Faculté et Hôpitaux

Un concours pour la nomination à deux places d'assistant adjoint des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris, sera ouvert le vendredi 1er juin, à midi, dans la salle de concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les Docteurs qui voudraient concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, av. Victoria, 3 (Service du personnel). Le registre d'inscription est ouvert de midi à 3 heures, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, du mardi 1er mai au lundi 14 du même mois inclusivement.

Les candidats nommés entreront en fonction le 1er juillet 1906.

— MM. Tridon et Auffret, chefs de clinique, commenceront, le lundi 14 mai à 2 heures, un cours de clinique annexe sur la chirurgie infantile et orthopédique.

Ce cours aura lieu tous les jours, à la même heure, salle de gymnastique orthopédique, à l'hôpital des Enfants-Malades et comprendra 30 leçons.

Les droits à verser sont de 50 francs.

Pourront s'inscrire tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. On s'inscrit au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 h. (Guichet n° 3).

— Une série de conférences pratiques de pharmacologie et étude du droguier commencera le 17 mai 1906.

On s'inscrit au laboratoire de pharmacologie et matière médicale, les mardis, jeudis et samedis, de 3 à 4 heures, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance des droits à verser prescrits.

Le Directeur-Gérant Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3 place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un remerciement à nos « Correspondants ».

Ainsi que nous l'avions souhaité et prévu, l'émulation s'établit peu à peu entre les *Correspondants du « Concours médical »* et nous fait enregistrer chaque jour de précieux résultats.

Tous marchent avec ensemble pour remplir les missions de contrôle dont les charge le Conseil de l'« *Amicale* » ; tous suggèrent des idées pour l'amélioration du fonctionnement de nos œuvres ; tous propagent avec ardeur les vues qui nous sont chères.

Mais, nous ne résistons pas au plaisir de commettre quelques indiscrétions de journaliste en citant certains exemples particulièrement intéressants d'initiative précieuse et de succès évidents.

A Nice, Seney se distingue depuis deux ans par une propagande sans à-coups, mais tenace et constamment fructueuse sur tous les terrains.

A Marseille, à Arles, Lop et Urpar recrutent toujours ferme pour l' « *Amicale* ».

A Angoulême, Gilson a su procurer au « *Patronage médical* » la fourniture du vaccin pour le département de la Charente : exemple à suivre que nous ne saurions trop recommander en passant.

A Troyes, Laumot, à la tête du Syndicat médical, mène contre une coalition des S. S. M. une campagne de résistance dont la portée a vivement ému le Conseil supérieur de la Mutualité et fut, dit-on, la cause déterminante des conversations, qui vont s'ouvrir entre celui-ci et l'Union des Syndicats médicaux.

A Evreux, Thirard et ses amis ont créé entre les médecins du département une cohésion parfaite qui, sans manifestations bruyantes, obtient avec sang-froid les plus intéressants résultats.

Coze, en visitant les médecins dont il est le Correspondant, à Aix ; Delbès, oculiste de Périgueux, dans ses relations de spécialiste avec les confrères de la Dordogne, évangélisent sans cesse et font des adeptes partout où ils passent.

Armand (d'Albertville) met son point d'honneur à faire appliquer de suite dans la Savoie toutes les solutions votées par les Assemblées générales de nos Sociétés ; il est toujours le premier à passer de la théorie à la pratique.

Nous arrêtons là l'énumération parce qu'il faut se limiter. Il nous en coûte pourtant de le faire sans avoir rendu suffisante justice à l'effort de Brun-Bourguet, Fréjus (Var) ; d'Allard, (Marck, Pas-de-Calais) ; de Levraud, (Saumur) ; de Fayard (Péage-de-Roussillon) ; de Lambin (de Lille) et *tutti quanti*. Mais nous comptons sur l'Assemblée générale pour remplir ce devoir avec plus d'autorité et plus d'éclat.

Et nous nous bornons à adresser à tous ces dévoués l'expression de la gratitude du Conseil de Direction qu'ils prolongent si utilement au milieu de tous les nôtres.

« Chez la plupart des médecins, écrivait un de

« nos Correspondants, ces jours-ci, l'abondance « des imprimés et des circulaires n'est pas un sé- « rieux facteur de réussite : il est désolant de « constater combien on lit peu. Il faut l'entretien « persuasif du confrère ami ; alors cela va sou- « vent tout seul. En matière de prévoyance, d'af- « faires les plus simples, d'esprit pratique, il faut « tout nous expliquer verbalement comme à des « petits-enfants. L'avenir du « Concours médical » « et de ses filiales est dans les mains des « Corres- « pondants » ; à ceux-ci de s'en rendre compte, « et à vous de le leur répéter. »

Nous ne saurions mieux faire que de laisser le lecteur sous l'impression de cette citation.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Dieulafoy.

La typhlo-colite et l'appendicite

Bon nombre de malades simplement atteints de typhlo-colite sont indûment opérés pour une appendicite qu'ils n'ont pas.

J'ai dit que, dans le cours de la typhlo-colite, l'appendicite était une rarissime exception. S'il existe des exemples d'appendicite vraie survenue chez des sujets atteints d'entéro-colite muco-membraneuse — M. Lacaille m'en citait un cas, ces jours derniers —, ils constituent la grande exception. Je pourrais vous signaler, en effet, 200, 300, 800 observations de malades qui, pendant 5, 10, 20 ans, ont rendu dans leurs garde-robes du sable, des glaires, des membranes, et n'ont jamais eu d'appendicite. Cependant nous voyons des thèses nombreuses ayant pour titre : « L'appendicite consécutive à la typhlo-colite », et ces thèses me mettent en cause, disant, — ce qui est inexact d'ailleurs, — que j'ai nié la possibilité de l'appendicite chez les individus atteints de typhlo-colite: j'ai simplement montré que les observations, dont je viens de parler, avaient jugé la question.

Je vais reprendre les thèses et les travaux sur lesquels se basent les auteurs qui veulent associer les deux affections, typhlite et appendicite. Vous y verrez que l'on a substitué à l'appendicite vraie, typique, à l'appendicite toxi-infection, un état vague, à lésions insignifiantes et indéterminées.

Voici la thèse de M. Vouzelles (1899), intitulée : « Entéro-colite muco-membraneuse; poussées d'appendicite ». Trois observations sont destinées à prouver que l'appendicite est fréquemment la conséquence de l'entéro-colite muco-membraneuse. Lisons ces observations. L'une concerne un malade présentant un maximum de ses douleurs au niveau du cæcum. Pour ce motif, simple indice ici de typhlite, on opère et on trouve un appendice « un peu gros, sans lésion apparente ». Cela veut dire : pas d'appendicite. Dans une seconde observation, l'appendice enlevé offrait « quelques lésions de folliculite ». Dans une troisième observation, qui a trait également à une typhlo-colite muco-membraneuse, on résèque l'appendice et l'on trouve cet organe « en apparence normal, avec quelques épanchements sanguins ». Nous verrons la signification de ces derniers. Et l'auteur conclut : « il semble impossible de nier les rapports qui lient l'appendicite à l'entéro-colite muco-membraneuse ».

Je passe à une seconde thèse, plus récente, de 1904, ayant pour titre : « Contribution à l'étude de la colite muco-membraneuse ». Considérons les observations qu'elle contient. Une malade, atteinte de typhlo-colite muco-membraneuse, se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite; c'est dans la régularité des choses. Néanmoins, on l'opère, on enlève l'appendice qui est « très long, avec quelques follicules un peu gros ». Eh bien, si on appelle cela de l'appendicite, où allons-nous? Autre cas. Une fillette a des selles chargées de mucus, de membranes. C'est une typhlo-colite. On l'opère ; l'appendice est long, ascendant, rétro-cœcal, et... c'est tout. L'auteur conclut : l'appendicite est une conséquence fréquente de la typhlo-colite.

Thèse de M. Froussard (1900). Observation : entéro-colite ayant simulé une appendicite. L'opération est décidée et faite. Pourquoi, je le demande? On trouve une légère folliculite et l'on intitule cela appendicite. Autre observation. Enfant ayant, depuis 6 ans, dans ses garde-robes, du sable, des membranes. On enlève l'appendice qui présente « quelques lésions de folliculite ».

Toutes ces thèses se ressemblent. On diagnostique, sans dire pourquoi, une appendicite qui n'existe pas ; puis, on opère.

Thèse de M. Hermann. Observation : malade atteint de typhlo-colite non améliorée par le traitement médical. On se dit : il doit y avoir appendicite. Le chirurgien intervient, enlève l'appendice ; celui-ci offre « des lésions de folliculite, mais rien de particulièrement intéressant ». Et c'est catalogué : appendicite consécutive à une typhlo-colite. On trouve par douzaines des observations de ce genre.

Thèse de M. Wagon. Un cas : entéro-colite muco-membraneuse, crises de typhlo-colite, opération d'appendicite. L'appendice paraît sain à l'examen histologique, « la muqueuse et les glandes sont intactes, on note seulement un peu d'épaississement de la sous-muqueuse ». Autre cas : entéro-colite muco-membraneuse ; on fait, sans donner de raison, l'ablation de l'appendice. On trouve « l'épithélium de l'appendice intact, quelques glandes atrophiées, des éosinophiles, et des macrophages dans les follicules ». Voilà, certes, un appendice qu'on a bien fait d'enlever ; songez un peu, avec des macrophages ! Dernière observation, analogue : entéro-colite, appendicectomie. A l'examen microscopique, « les glandes sont normales, les follicules hypertrophiés, quel-

ques-uns renferment des macrophages au repos ». C'est bien plus fort que dans l'observation précédente ; ici, les macrophages sont *au repos !*

Voilà, Messieurs, sur quoi on base des thèses et des travaux réputés sérieux. Je ne continuerai pas à vous lire d'autres observations du même genre. Ne trouvez-vous pas étrange que sur de tels documents on élève une théorie grosse de conséquences pratiques.

Mais, me direz-vous, quelques-uns de ces appendices ont cependant quelque chose. Ces folliculites, ces suffusions sanguines ? Pour être fixé sur leur valeur, je me suis adressé à l'anatomo-pathologiste, qui a examiné le plus grand nombre d'appendices, sains ou malades : j'ai nommé M. Letulle. M. Letulle m'a répondu : « Prenez tel appendice, sur tel cadavre, sur tel individu qui vient de succomber à une maladie quelconque, et vous allez le trouver plus ou moins long, avec des follicules hypertrophiés, des petites travées fibroïdes. Ce ne sont pas des lésions à proprement parler, ce n'est pas de l'appendicite chronique. Tout cela est normal, régulier, et quant au petit piqueté rouge, hémorrhagique, il est le fait de l'opération ; le chirurgien crée, provoque avec sa ligature la suffusion sanguine ». En somme, tous ces malades sont opérés pour une appendicite qu'ils n'ont pas, et tous ces travaux doivent être considérés comme non avenus. Si, seulement, ils nous donnaient le moyen d'établir le diagnostic d'appendicite au cours de la typhlo-colite, s'ils nous indiquaient les signes permettant de reconnaître qu'il y a, à un moment donné, appendicite chronique, nous saurions sur quoi baser l'intervention ; car, enfin, ouvrir le ventre, c'est tout de même quelque chose. Quand je vois un malade, sans passé intestinal, atteint depuis un ou deux jours de douleurs dans la fosse iliaque droite, avec hyperesthésie, défense musculaire, nausées, vomissements, je fais le diagnostic d'appendicite je dis : il faut opérer. Il est également des appendicites chroniques ou à répétition que nous arrivons à diagnostiquer. Ici, nous ne le pouvons pas, parce qu'il n'y a pas appendicite. L'intervention ne se base sur rien, parce qu'il n'y a rien ; elle est absolument inutile.

Pour justifier l'opération, on a prétendu qu'il existait des malades chez qui la typhlo-colite était entretenue par l'appendicite : tel, qui avait de violentes crises d'entérite muco-membraneuse, aurait guéri à la suite de l'ablation de l'appendice. Je le veux bien, mais où sont les observations ? Voici un sujet auquel on a enlevé l'appendice sain. Il reste dans le service et continue sa typhlo-colite muco-membraneuse. Un autre chez qui les crises persistent après comme avant. Voici trois cas analogues de M. Thiroloix, et d'autres et d'autres encore. M. Bottentuit en possède, pour son compte, 21 observations.

Ces malades, en effet, vous allez les retrouver dans les stations thermales, où l'on soigne l'entéro-colite muco-membraneuse, à Plombières, à Châtel-Guyon, à Vichy quelquefois. Continuant à souffrir, ils viendront demander à la cure thermale d'être plus efficace que l'opération. Ils portent la cicatrice de l'erreur de diagnostic et je les appelle les *balafrés* de Plombières, les balafrés de Châtel-Guyon, les balafrés de Vichy.

De tous côtés, par conséquent, la clinique rectifie cette fausse idée et démontre que l'enlèvement d'un appendice, somme toute normal, ne fait rien sur les crises d'entéro-colite. Seuls, quelques neurasthéniques se déclarent soulagés.

Or, devant le flot montant des opérations sur l'appendice, le public s'effraie et commence à vivre dans une atmosphère de crainte. Un bon nombre de ces opérés le sont indûment, sans diagnostic, pour une appendicite qu'ils n'ont pas. Voyez comme tout ceci est malsain, médicalement et chirurgicalement.

Conclusions.

1° La légende fait apprendre que l'appendicite est une complication fréquente de l'entéro-colite muco-membraneuse. Cette légende est erronée et conduit aux pires erreurs.

Suivant l'expression de Potain, l'appendicite est une rarissime complication de la typhlo-colite muco-membraneuse.

2° Les thèses et les travaux parus sur ce sujet dans ces dernières années fourmillent d'erreurs. Ils décorent du nom d'appendicite des choses qui n'en sont pas : aussi, la question du diagnostic est-elle passée sous silence. Dans ces observations on ouvre le ventre sans indication. On tire au jugé et on laisse à l'examen histologique le soin de justifier — s'il le peut — l'opération.

3° Ces opérations jettent dans le public le discrédit et la terreur. Il faut que l'on sache que l'ablation de l'appendice ne guérit pas la typhlo-colite muco-membraneuse. On ne verra plus, alors, à Châtel-Guyon ou à Plombières, des malades présenter leurs inutiles balafres.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE PRATIQUE

Un cas de phlébite des sinus ; évolution intéressante.

Une petite fille de onze ans, de bonne constitution a été atteinte de rougeole bénigne vers le milieu de janvier ; les parents l'ont soignée sans l'intervention du médecin. Elle s'était bien rétablie et avait repris la vie ordinaire, lorsque dans la nuit du 1er au 2 février elle tomba rapidement dans un état sub-comateux. Je suis appelé auprès de la petite malade de bonne heure, le matin du 2 février. Elle présente la plupart des signes du syndrome méningé, en particulier, signe de Kernig, attitude en chien de fusil, raideur de la nuque, un cri caractéristique, état sub-comateux. Il y a de l'œdème fortement accusé de toute la face et même du cou, particulièrement du côté droit. Le nez présente, à l'intérieur des narines, des traces d'infection locale d'aspect impétigineux.

La petite malade resta trois jours dans cet état comateux avec une température dépassant légèrement 38° le soir.— Au bout de trois jours, tous ces phénomènes disparurent dans l'espace de quelques heures, et l'enfant revint à son état normal ; cependant elle conserva, les jours suivants, un peu d'œdème de la face et quelques dixièmes au-dessus de 37°.

Brusquement, dans la nuit du 9 au 10 février, cinq jours après la disparition du coma, alors que, depuis plusieurs jours, la malade paraissait à son entourage presque complètement guérie, elle fut prise brusquement, dans le cours de la nuit, au

moment où elle reposait calme dans son lit, de phénomènes très violents de suffocation et de dyspnée, et mourut en quelques instants. Je dois dire que, plusieurs jours auparavant, elle avait déjà présenté, à deux ou trois reprises, de légers accès de dyspnée peu intenses.

A n'en pas douter, il s'agit là d'un cas de phlébite et thrombose des sinus, dont la période inflammatoire s'est terminée par la guérison, ce qui, à ma connaissance tout au moins, est assez rare, et dont l'évolution s'est terminée subitement par une embolie mortelle précédée de petites embolies sans conséquence.

Je n'insiste pas sur le traitement qui fut suivi et qui, en fait, a peu d'importance (frictions mercurielles, iodure à l intérieur, pommade antiseptique pour le nez, etc...) ; le seul côté intéressant de cette observation étant l'évolution du mal, guérison de la période inflammatoire de la phlébite sinusienne, et mort par embolie. J'ajouterai que l'œdème de la face et du cou était manifestement un œdème mécanique et ne tenait pas à de la lymphangite venant de l'infection nasale; l'infection du nez avait évidemment amené la phlébite cérébrale ; mais l'œdème ne relevait que de l'obstruction des veines encéphaliques et peut-être également jugulaire interne.

Dr Lemaitre,
de Gouville (Manche),
Membre du « Concours ».

THÉRAPEUTIQUE

A propos de la nouvelle pathogénie de la tuberculose pulmonaire.

Depuis longtemps, les pathologistes ont reconnu à la tuberculose pulmonaire deux origines principales : l'inhalation et l'absorption alimentaire. On s'infecte par le larynx et les bronches, on s'infecte aussi par le tube digestif.

Actuellement, l origine intestinale de la tuberculose attire plus spécialement l'attention, car MM. Calmette et Guérin (1) viennent de démontrer par des expériences *in vivo* que « dans l'immense majorité des cas, la tuberculose pulmonaire ne se contracte pas par inhalation, mais bien par ingestion de poussières et de produits bacillifères. »

La marche de l'infection est facile à saisir. Les bacilles, arrivés dans l'intestin par le pylore, traversent la muqueuse sans y déterminer de lésions. Ils arrivent ainsi aux ganglions mésentériques qu'ils traversent dans les mêmes conditions. Entraînés par la lymphe jusqu'au hile du ganglion, ils passent dans la circulation lymphatique, et, par le canal thoracique, arrivent dans la veine sous-clavière gauche qui les transporte au cœur. Le cœur les envoie dans le poumon où ils s'arrêtent, s'installent et commencent leur évolution.

Quant à la tuberculose par inhalation, elle serait, d'après MM. Calmette et Guérin, tout à fait exceptionnelle.

Cette pathogénie de la tuberculose pulmonaire, reproduite dans un grand nombre de journaux médicaux, devait nécessairement susciter de nouvelles indications thérapeutiques.

(1) *Annales de l'Institut Pasteur* de Lille, 1905, n° 10, p. 601.

En effet, les auteurs précités commencent déjà par recommander aux tuberculeux de ne pas déglutir leurs crachats bacillifères, origines d'auto-inoculations successives.

Mais ce n'est là, en réalité, qu'une sorte de prophylaxie, et les conceptions nouvelles nous mettent dans la nécessité de tenter une action curative, en agissant désormais par l'antisepsie intestinale judicieusement conduite.

Sans chercher à réaliser complètement l'antisepsie gastro-intestinale trop souvent illusoire, il est logique d'admettre que si, par un agent microbicide et peu toxique, nous arrivons à imprégner, d'une façon suffisante, les ganglions mésentériques, nous pourrons arrêter dans sa marche le bacille venu de l'intestin.

Or nous croyons pouvoir démontrer que la thérapeutique actuelle nous offre pratiquement cette possibilité.

Mais, d'abord, quelles sont les conditions indispensables à un pareil traitement ? Il faut que l'agent thérapeutique à choisir soit suffisamment antiseptique, qu'il soit très peu toxique, qu'il n'exerce aucune action nuisible sur le tube digestif, et en même temps qu'il ait une action favorable sur l'appareil respiratoire.

A notre avis, ce desideratum est parfaitement réalisable et nous pensons qu'il est représenté en pratique par le gaïacol sulfoné ou thiocol.

Certes, en désignant le thiocol, nous ne voulons pas dire que ce dérivé de la créosote soit un antiseptique au sens véritable du mot, mais la plupart des auteurs ont montré que, par les 52 % de gaïacol et par le soufre qu'il renferme, il exerce une action empêchante sur l'évolution bacillaire. Il agirait directement sur les lésions tuberculeuses, détruirait les infections secondaires, et, tout en diminuant la vitalité du bacille, il aurait une action antiseptique réelle sur l'intestin lui-même.

Déjà en 1902 Drago (1) constatait que, sous l'influence du thiocol, les bacilles diminuent de nombre dans les crachats, et présentent ensuite un aspect granuleux, indice de leur affaiblissement et, en 1903, Griffon (2) écrivait dans sa thèse: « Une preuve de l'exactitude de cette théorie est fournie par le contrôle expérimental qui montre que les cobayes inoculés avec des crachats de malades traités par le thiocol ne présentent aucun phénomène tuberculeux, ne réagissent pas à la tuberculine et ne montrent même aucune lésion tuberculeuse à l'autopsie. »

Chardin (3) et Pinet (4) sont du même avis : « Mes observations personnelles, dit ce dernier, me permettent d'affirmer que, sous l'influence du thiocol, le nombre des bacilles diminue très rapidement». Martial (5), Hubert (6), Foussal (7), ont démontré l'action antiseptique manifeste du thiocol sur les agents d'infection secondaire. Ils affirment que ces microbes disparaissent dans les exsudats bronchiques.

(1) *Klinisch. th'rap. Woch.*, nos 31 et 32, 1902.
(2) *Thèse de Paris*, 1903.
(3) Action du thiocol dans le traitement des affections pulmonaires, 1900.
(4) Le *Concours médical*, nos 19 et 20, 1904.
(5) *Archives de thérap.*, nos 2 et 18, 1904.
(6) *La Médecine Moderne*, janvier 1904.
(7) *Le Progrès Médical*, 3 décembre 1904.

Correspondance hebdomadaire

(*Suite*).

Dr G., de P. (N.) à *Amicale*. — Voulez-vous me permettre de vous signaler une petite difficulté que rencontrent les médecins d'eaux pour leurs adhésions aux diverses sociétés médicales ayant pour but de les assurer contre la maladie et dont l'Amicale est le type. C'est qu'en effet, il nous importe relativement peu d'être impotents en dehors des époques de saison, alors que, par exemple, une maladie survenue en juillet ou en août revêt pour nous une importance disproportionnée. Ne croyez-vous pas qu'il y aurait là quelque chose à faire et que la Société, en réduisant ou supprimant l'indemnité en dehors des époques de saison et en l'augmentant proportionnellement pour les périodes d'exercice professionnel, serait assurée de trouver de la part de mes confrères aquatiques un excellent accueil. Je ne sache pas qu'il existe quoique ce soit de ce genre. Au cas où je ferais péché d'ignorance, je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'en informer.

Réponse. — Votre idée concernant l'Amicale est assurément très intéressante, mais jusqu'à présent, ni notre Société, ni aucune des autres similaires, n'a mis en pratique le principe que vous proposez. Nous croyons que la principale raison est que personne n'en a jamais eu l'idée.

Nous ne savons pas si la chose est pratique et même possible au point de vue statutaire, mais comme justement cette année notre actuaire va faire l'inventaire de notre Société, nous lui soumettrons votre proposition en même temps que quelques autres. Après

Suite page VI.

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

étude le Conseil verra dans quel sens il devra proposer les modifications des statuts.

Nous n'avons pas la prétention de croire que notre œuvre est parfaite, nous ne demandons qu'à l'améliorer et nous recevrons toujours avec plaisir les propositions dans le genre de la vôtre.

Dr T., à C., à *Concours*. — Je vous envoie deux notes détaillées ayant trait à deux blessés qui m'ont donné beaucoup d'ennuis.

Je suis installé depuis 3 ans et ne suis pas encore très familier avec les tarifs ; mais j'ai établi mes notes d'après le tarif Dubief.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me corriger si c'est nécessaire, ou de m'indiquer les rectifications ?

J'ai pris comme modèle une note signée Dr Diverneresse et parue dans le *Concours médical* du 8 avril 1906.

Pour le cas particulier, j'ai affaire à la compagnie la P.... qui a tenu à traiter à forfait.

J'ai malheureusement accepté ; mais, pourquoi, me direz-vous ? Tout simplement pour éloigner de mon canton un confrère voisin, qui ne cherche qu'à me nuire en toute occasion ; car plus je vais, et plus j'ai horreur du forfait.

Pour les deux accidents que je vous soumets, la compagnie ne veut donner que 25 fr., chiffre insignifiant.

Ma note s'élève à 252 fr. 65.

P. S. Dans le tarif du 8 octobre 1905, est-ce que les visites faites aux blessés atteints de fractures s'ajoutent au prix accordé pour la réduction. La compagnie me conteste ce droit ; ainsi elle me donne 6 fr. pour une fracture de jambe qui a nécessité 13 visites. Le nouveau tarif alloue 60 fr. et ce n'est pas trop.

Réponse. — Vous avez, dites-vous, horreur du forfait ? Vous l'aurez encore bien plus en exécration,

Suite page X.

Il est donc établi que le thiocol est un agent antiseptique et que son action se xerce nettement sur le bacille de Kock et les microbes adjuvants

C'est à la suite de ces recherches *in vivo* et de ces observations cliniques publiées en France et à l'étranger que le thiocol a pris la tête des médicaments usités dans la tuberculose. Puis, on se mit à l'employer dans d'autres affections pulmonaires nettement infectieuses comme la pneumonie (1), la broncho-pneumonie.

Mais tandis qu'ils observaient cette action antiseptique sur le parenchyme pulmonaire, et les bronches, plusieurs auteurs furent surpris de constater l'heureuse influence du thiocol sur les infections intestinales simples ou bacillaires, et ils affirmèrent bientôt que le thiocol est un désinfectant de l'intestin

L'un d'eux, le prof Maramaldi (2), de Naples, s'exprimait ainsi : « Dans certains cas où les troubles viscéraux sont très accusés, nous avons obtenu le rétablissement complet des fonctions intestinales. Il faut donc conclure que les comprimés de thiocol sont également désinfectants pour l'intestin, et qu'ils réussissent à détruire toutes sortes de fermentations anormales » : et Martial : « Mieux que le bismuth et que le benzonaphtol, mieux que tous les antiseptiques intestinaux, le thiocol agit heureusement dans les cas de diarrhée et de tuberculose intestinale. » Vignon (3) C. Pinet, Berlioz (4) vantent à leur tour les propriétés antidiarrhéiques du thiocol.

Voilà donc un médicament offrant au médecin des propriétés antiseptiques pulmonaires et antiseptiques intestinales, suffisamment nettes pour avoir occupé un grand nombre d'auteurs.

Si, maintenant, ce remède est assez peu toxique, et qu'il soit permis de le donner à doses élevées pour qu'il puisse affirmer davantage son pouvoir désinfectant, si, condition essentielle, il ne trouble pas les fonctions gastriques, nul doute, alors, qu'il ne remplisse véritablement les indications nouvelles résultant de la pathogénie intestinale de la tuberculose.

Or, précisément, tous les auteurs sans exception insistent sur ce fait que le thiocol, même chez les tuberculeux à fonctions gastriques défaillantes, se comporte comme un stomachique, un véritable orexique. Gripon, Jifard (5), Noé (6), Grunberg (7) etc.., affirment que le thiocol n'a jamais influencé d'une manière défavorable les phénomènes digestifs. Ils le déclarent stomachique et différencient par là le gaïacol sulfoné du gaïacol ordinaire qui d'ailleurs est infiniment plus toxique.

Or c'est précisément cette innocuité gastro-intestinale et cette absence de toxicité qui nous autorisent à donner le thiocol à doses élevées, bien supérieures à celles permises pour le gaïacol ordinaire. Aussi nous pouvons deverser dans l'organisme une quantité de principe actif bien plus considérable, d'où il résulte une action antiseptique nécessairement plus énergique que s'il s'agissait de tout autre créosoté.

De plus, les 4 ou 6 gr. et même 8 gr. que pourra absorber, sous forme de comprimés, un adulte dans sa journée, permettront non seulement de désinfecter l'intestin autant qu'il est possible, mais surtout d'imprégner la lymphe et les ganglions mésentériques, c est-à-dire d'arrêter chez le tuberculeux les réinoculations successives tout en agissant sur l'appareil pulmonaire.

Et même si nous donnons le thiocol dans les états prétuberculeux, nous pourrons encore empêcher l'invasion pulmonaire par la voie lymphatique intestinale, seule voie vraiment dangereuse d'après les travaux qui nous occupent.

Nous ne voulons pas soutenir que ces mêmes résultats ne puissent être atteints *théoriquement* par le gaïacol et la créosote, mais nous pouvons affirmer que, *pratiquement*, le thiocol, grâce à sa tolérance parfaite, à son innocuité, à son action antiseptique, permet d'agir plus nettement sur l'infection bacillaire d'origine intestinale.

C'est la conclusion qui s'impose de l'observation des faits et de l'étude expérimentale du thiocol.

Dr Larochat.

(1) French. — *Gaz. des Hôp.*, 9 janvier 1904.
(2) De la valeur et de l'efficacité du thiocol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Naud, éditeur, 1899.
(3) *Le Progrès médical*, 3 sept. 1904.
(4) *Le Progrès médical*, n° 9, 1902.
(5) *Gaz. des Hôp.*, n° 24, 1904.
(6) *Archives génér. de méd.*, 20 octobre 1903.
(7) *Thèse* de Paris, 1905.

HYGIÈNE INFANTILE

Le livret de l'enfant

Le médecin moderne ne cesse d'enseigner partout et à tous qu'il est nécessaire de revenir aux anciennes traditions du médecin de la famille, de suivre une direction médicale, et qu'il ne faut pas s'imaginer que le mal, la plupart du temps, ne date pas de la veille et peut être enrayé ou guéri immédiatement. Jamais le public ne sera assez convaincu que la vie humaine est généralement composée de périodes de santé et de maladie, que l'équilibre est rompu pour diverses causes tenant à l'hérédité, à la constitution, à l'âge, aux habitudes hygiéniques, professionnelles et alimentaires, et à de multiples conditions que le médecin seul peut établir.

Nous avons dit et répété qu'il ne se doute pas assez, ce public, qu'il y a des symptômes lointains et d'autres précoces des maladies, qu'il ne considère que le fait, se l'explique trop souvent à lui-même, attendant les événements et ne se doutant pas des complications à redouter, au lieu d'avoir recours au médecin et de lui raconter la chose dans sa nudité.

La vérité se fait pourtant jour de plus en plus, et c'est en s'occupant de l'enfant qui est aujourd'hui le grand souci de tous, que l'on fera pénétrer les bonnes et salutaires idées dans la famille.

Les familles intelligentes comprennent l'utilité des commémoratifs soigneusement ou authentiquement relatés ; elles comprennent ou plutôt entrevoient l'utilité des questions de l'hérédité, de la suite physiologique et pathologique de la vie, dont chaque page du début fait comprendre le sens des pages suivantes, dont chaque anneau se relie non seulement au présent, mais aussi au passé aussi éloigné qu'on puisse l'imaginer.

Les familles comprennent aussi que le dossier complet d'un enfant soigneusement tenu à jour pendant son existence d'adulte, propagé ensuite

de famille en famille, de génération en génération, sera pour le médecin, et pour l'intéressé surtout, d'une utilité incontestable. Il sera la lumière dans les ténèbres, la sécurité au lieu de l'incertitude, le guide sûr menant rapidement et droit au but, au lieu d'errer dans le dédale obscur du diagnostic ; ce sera une constitution assurée et maintenue en équilibre, au lieu d'une existence débile, misérable et inutile au point de vue individuel et au point de vue social.

Voilà une vingtaine d'années que ces idées ont été formulées par le Docteur Marc Lorin, bien connu des membres du « Concours médical » en un *Livret de la santé* à l'usage des familles, réunissant, sous le format simple du livret de famille délivré par les mairies dans lequel il pouvait trouver sa place, les particularités de la naissance, de l'hérédité, de la croissance, de la vaccination, de la dentition, du langage, avec tableaux et graphiques des pesées, tableaux d'annotation, et un résumé final. Nous avons utilisé ce livret et l'avons recommandé aux familles dans le cours de notre carrière médicale.

Ce livret ne pouvait manquer d'être imité et perfectionné.

Il y a quelques années, paraissait le *Livret de famille* du docteur Périer, directeur des « Annales de médecine et de chirurgie infantiles », qui donnait aux mères des conseils précieux pour constituer le *dossier de la santé d'un enfant* ; hier encore nous lisions le *Livre de Bébé* du Dr Barjon, directeur du journal *La Jeune mère*.

Aujourd'hui le docteur Fumouze-Albespeyres, ancien interne en médecine des Hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie des Sciences, vient de publier le *Livret de l'Enfant*, un joli volume édité avec luxe, richement relié et illustré, qui paraît être la forme complète et définitive à donner à ce genre de publication.

Assurément il n'y a pas la simplicité du *Livret de la santé* du docteur Lorin et n'est pas à la portée de tous les clients. Mais si l'on veut bien réfléchir que les idées que les médecins s'efforcent de répandre ne sont pas non plus à la portée de tous, que les familles pauvres n'ont ni les moyens ni les lumières nécessaires pour tenir à jour un de ces livrets quelles que soient sa forme et sa valeur, on ne pourra que féliciter le Docteur Fumouze-Albespeyres d'avoir fait éditer un livre dont l'élégance même sera un élément de succès auprès des mères de familles des autres classes.

Ces mères de famille ne trouveront point ce livre trop compact ou trop compliqué. Il est au contraire très clair. Elles n'auront qu'à se donner la peine de l'étudier et elles le comprendront — lorsqu'elles l'auront attentivement parcouru — aussi facilement que leur journal de mode ou le roman du jour.

Nous dirons même que c'est le devoir de toute mère de posséder ce livret, de l'étudier, de le tenir au point avec l'aide de son médecin. Il doit être leur livre de chevet. Nous sommes persuadé qu'elles y trouveront grand profit, tant par les conseils éclairés qu'il renferme au sujet de la santé, du développement et de la préservation de l'enfant, que par les bienfaits réels qu'il procurera à la famille dans le présent et dans l'avenir.

Ce livre fera l'éducation médicale de la femme. C'est à elle qu'il faut toujours s'adresser pour faire pénétrer dans les masses les bienfaisantes notions d'hygiène.

Nous ne sommes point ennemi d'une bonne vulgarisation médicale lorsqu'elle a pour but l'intérêt de l'enfant, la sauvegarde de la famille et le salut de la société, quand elle n'élimine pas le médecin.

La voie ouverte est bonne ; il faut la suivre.

Après le « Livret de la santé, » le « Livret de famille, le « Livret de l'enfant », il y a encore le « Livret scolaire» , mais nous reviendrons un autre jour sur cette question.

10 mai 1906.

Dr Courgey.

PHTISIOLOGIE

Quelques considérations sur l'application du traitement de la tuberculose pulmonaire par le sanatorium aux tuberculeux indigents.

Par le Dr H. Hamant,

Médecin directeur du sanatorium de Beaulieu à Cambo-les-Bains (Basses Pyrénées), ancien médecin assistant du sanatorium d'Angicourt.

Les résultats du traitement de la tuberculose pulmonaire par la cure d'air et le Sanatorium, appliqué aux tuberculeux de la classe aisée, sont en général satisfaisants, encourageants, et ne sont guère contestables. C'est du moins ce qui ressort nettement, et de l'observation courante, et des conclusions des Médecins-Directeurs des trop rares établissements de ce genre que nous possédons actuellement en France. Il n'en est malheureusement pas absolument de même en ce qui concerne le même traitement appliqué aux tuberculeux pauvres, et plusieurs de nos maîtres, non des moins autorisés en matière de tuberculose pulmonaire, n'hésitent pas à affirmer que le traitement sanatorial ne peut guère être utilement appliqué aux indigents et que, dans tous les cas, la médiocrité du résultat n'est pas, au point de vue du bénéfice social, en raison de l'effort produit, ni surtout du capital engagé et de la dépense faite. Pourquoi cette différence de résultats quand il s'agit d'un même traitement appliqué dans des conditions sensiblement identiques à des malades atteints d'une même maladie et appartenant seulement à des classes différentes, opposées, de la Société ? C'est ce que nous voudrions essayer de redire encore une fois, et après bien d'autres, d'une manière aussi précise que possible, dans cet article dont les limites sont forcément restreintes. Il y a des choses que l'on ne saurait trop dire et répéter, et vingt-six mois d'exercice d'assistant au sanatorium d'Angicourt, sanatorium d'indigents par excellence, nous ont permis de constater bien des choses à cet égard et d'en tirer les conclusions qui vont suivre et qui ne sont que la résultante de la pratique que nous venons d'avoir dans cet établissement et de tout ce que nous y avons observé au point de vue spécial qui nous intéresse ici.

Dans d'autres pays, en Allemagne notamment, le traitement de la tuberculose pulmonaire par le sanatorium a été depuis longtemps appliqué aux tuberculeux de toute classe indistinctement, riches ou pauvres, et les résultats obtenus ont paru dès l'origine tellement satisfaisants et en-

courageants que de nombreux établissements ont été construits à côté des premiers existants, démontrant par la rapidité avec laquelle ils sont devenus nécessaires, et l'excellence de la méthode et l'utilité qu'il y avait à la généraliser : les sanatoriums pour riches ont dû le jour à des entreprises particulières, soit individuelles, soit collectives ; ceux destinés au traitement des tuberculeux de la classe pauvre ont été édifiés ou par la charité publique ou privée, ou encore et surtout par l'assurance obligatoire dont les bienfaits à ce sujet ne sont plus à compter et qui ainsi a doté en quelques années le pays où elle est mise en pratique d'un armement antituberculeux de premier ordre et fécond en résultats, aussi bien au point de vue prophylactique qu'au point de vue curatif. Grâce à elle, le tuberculeux de la classe ouvrière, dépisté au début de la maladie, est mis dans l'obligation de se soigner ; il cesse ainsi de devenir un danger pour son entourage et il constitue une unité sociale qui, prise à temps, redeviendra, dans le minimum de temps nécessaire à cet effet, un travailleur utile encore à sa famille et à la Société.

Bien certainement, une telle œuvre ne se réalise pas sans difficultés de toute sorte, ni aussi sans déchets de toute nature, pouvant fournir autant d'arguments contre elle aux détracteurs de la méthode ; mais les résultats incontestables donnés par elle depuis de longues années déjà à l'étranger sont là pour démontrer péremptoirement que le principe même de cette méthode est excellent et que la cure de la tuberculose pulmonaire par le Sanatorium, convenablement et méthodiquement appliquée et dirigée, est encore ce que l'on a trouvé jusqu'à présent de mieux et de plus efficace pour lutter contre cette redoutable maladie.

Ce n'est que bien longtemps après les premiers essais faits en Allemagne à cet égard que l'on a songé à entreprendre en France la lutte antituberculeuse par le traitement sanatorial. Après quelques rares essais, très timidement faits, il y a eu une période d'un engouement peut-être trop accentué contre lequel on a, à l'heure actuelle, tendance à recourir d'une manière vraiment excessive ; et les Maîtres qui sont aujourd'hui à la tête de la lutte antituberculeuse, qu'ils dirigent avec tant de patience et d'expérience, ont certainement besoin de toute leur énergie et de toute leur autorité pour défendre, comme elle le mérite, la cause des sanatoriums dont l'utilité est devenue, à l'heure actuelle, trop violemment contestée sans qu'il semble qu'on tienne assez compte de leurs bienfaits et de leurs états de services, suffisants en France et surtout à l'Etranger, pour que cette utilité soit absolument indiscutable.

Riches ou pauvres, les tuberculeux commencent à se soigner généralement trop tard en France ; c'est un fait qui ne souffre que de trop rares exceptions, et les Médecins-Directeurs des sanatoriums que nous avons eu l'occasion de visiter sont unanimes à le constater et à le déplorer. Il en résulte toujours pour les tuberculeux qui ont la bonne fortune d'être soignés dans un sanatorium au moins une prolongation dans la durée d'un traitement déjà fort long par lui-même et quand, la maladie étant reconnue dès son début, le malade qui en est atteint en est averti en temps utile et consent à se soumettre sans retard à la cure hygiéno-diététique. Souvent des choses beaucoup plus graves sont la conséquence de cette décision tardive et bien des malades, pour avoir trop attendu, sont, au moment où ils se décident à entrer dans un sanatorium, dans l'impossibilité d'obtenir une guérison sérieuse et durable, même en prolongeant la cure pendant des années et en la réalisant sans défaillance et d'une manière aussi parfaite que possible. La faute en est, en partie du moins, à l'ignorance dans laquelle on s'étudie trop souvent à tenir le tuberculeux de son mal, et cela en vertu des anciens errements, encore trop en vigueur aujourd'hui, et qui voulaient que la tuberculose fût une maladie « qui ne pardonne pas » et qu'il fallait par conséquent soigneusement cacher à celui qu'elle frappait. Il en résulte presque toujours, d'abord, comme nous venons de le dire, la nécessité de prolonger considérablement la durée d'une cure déjà fort longue par elle-même, ensuite ceci, que tel tuberculeux qui, s'il avait commencé à se soigner en temps utile, avait toutes les chances possibles d'obtenir une guérison sérieuse, ne peut plus, à un moment donné, espérer du traitement qu'une amélioration plus ou moins grande, plus ou moins prolongée, mais qui n'aboutira jamais au retour complet à la santé et le laissera toujours infirme et dans l'obligation de se soigner continuellement.

De pareilles conséquences sont déjà bien graves quand il s'agit d'un tuberculeux appartenant à la classe aisée et ayant par conséquent les moyens de se soigner convenablement et longuement ; elles deviennent désastreuses quand elles intéressent un tuberculeux de la classe ouvrière, qui est souvent le principal ou l'unique soutien de sa famille, qui a donc besoin de son travail pour vivre, tuberculeux pour lequel chaque jour de traitement est un jour de chômage et par suite un jour de gêne et de misère pour les siens.

Nous venons de voir qu'en France les tuberculeux entrent au sanatorium pour s'y soigner beaucoup trop tard ; mais franchement, en l'état actuel des choses, peut-il en être autrement pour les tuberculeux de la classe ouvrière, les seuls qui nous intéressent dans cet article.

L'ouvrier frappé de tuberculose pulmonaire commence par ne pas s'apercevoir qu'il est malade : il persiste dans son travail et lutte désespérément jusqu'au moment où, complètement épuisé, ses forces le trahissent et où il est obligé de s'arrêter. C'est alors seulement qu'il va consulter un médecin ; mais à ce moment la maladie a déjà fait de sérieux dommages dans son organisme ; il est en général porteur de lésions pulmonaires déjà fort étendues et ne constitue plus depuis déjà longtemps le candidat-type du sanatorium populaire qui devrait être seul admis dans ces établissements parce que seul il est susceptible d'une amélioration considérable avec guérison ultérieure possible, probable même, et cela dans un temps relativement court.

Si la tuberculose pouvait être dépistée d'une manière précoce dans la classe ouvrière et si l'ouvrier tuberculeux pouvait être, dès le début de sa maladie, admis dans un sanatorium populaire où il resterait tout le temps nécessaire à son traitement, sans souci de la vie matérielle des siens (laquelle pourrait être garantie, soit par des compagnies d'assurances, soit par des compagnies de secours mutuels), les choses iraient tout autre-

ment qu'elles ne vont en France et nous n'aurions pas dans la classe ouvrière, si intéressante au point de vue social et humanitaire, l'effroyable mortalité par tuberculose que les statistiques constatent et que l'on déplore chaque année, sans que les pouvoirs publics, qui seuls auraient les moyens d'enrayer la marche du fléau, aient jusqu'à présent rien fait pour cela de bien utile, alors qu'il paraîtrait si simple de regarder ce qui se fait depuis longtemps dans d'autres pays et principalement en Allemagne et de mettre en vigueur chez nous ce qui donne ailleurs de si heureux résultats.

Nous n'avons actuellement, en France, qu'un seul sanatorium ouvert exclusivement aux tuberculeux ouvriers et indigents : c'est celui d'Angicourt, qui fonctionne depuis déjà plus de trois ans, temps suffisamment long, semble-t-il, pour apprécier les résultats qui y sont obtenus et en tirer les conclusions qu'ils comportent au point de vue qui nous intéresse actuellement. Nous n'avons pas à établir ici la statistique exacte et complète des cas soignés dans cet établissement ni des résultats correspondant à chacun d'eux ; ce travail a été fait ailleurs ; mais nous pouvons apprécier le résultat général qui se dégage pour Angicourt de trois années complètes d'efforts et de gros sacrifices, et nous croyons rester dans les limites exactes de la vérité en affirmant que les résultats obtenus sont des plus modestes et certainement hors de proportion avec l'effort produit et les lourdes charges que l'Administration de l'Assistance publique à Paris s'est imposées et s'impose encore pour les tuberculeux admis et soignés dans cet établissement ; cette manière de voir est certainement celle de plusieurs hautes personnalités de cette administration qui ont déploré auprès de nous, il y a peu de temps encore, la médiocrité du résultat finalement obtenu.

Pourquoi en est-il ainsi ? — La faute n'en est certainement ni à l'Administration de l'Assistance publique à Paris, qui subvient largement aux besoins de cet établissement et qui s'impose chaque année pour lui de lourdes charges, ni, du moins en ce qui concerne la sélection des malades à l'entrée, au médecin en chef du sanatorium d'Angicourt qui connaît mieux que personne l'importance d'un recrutement convenable et qui, étant d'ailleurs le premier intéressé à ne recevoir que des cas devant faire honneur à l'établissement dont il a la responsabilité médicale, apporte dans ses consultations d'admission un soin tout particulier. Mais, quelle que soit la peine qu'il prenne à cet égard, la commission d'admission dont il fait partie et qui est chargée de statuer en dernier ressort, au point de vue médical, sur les malades susceptibles d'entrer au sanatorium, ne peut établir un choix que parmi les tuberculeux qui lui sont présentés ; or, ces malades s'écartent la plupart du temps tellement des cas-types qui seuls devraient être admis dans un sanatorium populaire, que nous avons entendu bien souvent dire que si la commission n'admettait que les tuberculeux vraiment « possibles », bien souvent elle refuserait l'admission à presque tous ceux qui lui sont soumis. Elle en est parfois réduite à faire jouer au sanatorium un rôle exclusivement prophylactique et de préservation qui ne devrait pas être, en y envoyant de véritables phtisiques, dans le seul but de séparer ces malheureux de leur famille et de les empêcher de continuer à être pour leur entourage, s'ils restaient chez eux, un perpétuel danger de contagion ! Nous voilà loin du sanatorium populaire tel qu'il est conçu et réalisé en Allemagne !

Si donc le traitement des tuberculeux indigents par le Sanatorium ne donne pas en France les résultats satisfaisants que l'on en obtient ailleurs, la faute n'en est pas au principe même du Sanatorium, mais, au moins en grande partie, au recrutement défectueux des malades appelés à bénéficier du traitement dans un établissement de ce genre, abstraction faite, bien entendu, de toute question d'ordre, de méthode et de discipline intérieurs que nous n'avons pas à approfondir ici — et ce recrutement est forcément défectueux, parce que, en l'état actuel des choses en France, le tuberculeux pauvre ne songe à se soigner et ne peut vraiment songer à le faire que lorsqu'il est à bout de forces et matériellement obligé de suspendre tout travail. Est-ce à dire que cette règle ne suppose pas d'heureuses exceptions. — Certainement si — mais elles sont, hélas ! trop rares et servent seulement à démontrer que, dans la classe pauvre, si bien des tuberculeux pouvaient commencer à se soigner rationnellement dès qu'il est temps, nous n'aurions pas à enregistrer les pénibles conclusions que nous venons de formuler ; et il en sera vraisemblablement ainsi tant que nous n'aurons pas dans notre pays l'équivalent de ce qui se passe en Allemagne et ailleurs pour le tuberculeux pauvre. Cela n'est malheureusement que trop vrai, et tout ce que nous venons de dire trouve sa démonstration pratique et pour ainsi dire expérimentale dans ce qui va suivre.

A coté d'Angicourt, le sanatorium des pauvres par excellence, il existe en France d'autres sanatoriums populaires moins importants que celui de la Ville de Paris, mais bien intéressants eux aussi. Ces sanatoriums sont l'œuvre de la charité privée qui les a réalisés à force de patience et de persévérance. Ils sont en général placés à portée d'un grand centre : c'est Hauteville pour la région lyonnaise, Pessac pour Bordeaux et la Gironde, Lay-Saint-Christophe pour la Lorraine et la région de Nancy — pour ne parler que de ceux que nous avons visités. Chacun de ces établissements réserve aux tuberculeux indigents de la grande ville voisine quelques lits (le nombre en est toujours restreint), pour l'entretien et l'occupation desquels la ville paye une redevance fixe par journée de malade. Les autres lits sont occupés par des tuberculeux appartenant à une catégorie de malades des plus dignes d'intérêts : ce sont des petits employés, des petits commerçants, des petits fonctionnaires, des tuberculeux en un mot dont les moyens d'existence et les ressources sont fort modestes, mais existent cependant. Au surplus, les administrations auxquelles ils appartiennent (quand il s'agit de fonctionnaires ou d'employés) ne se désintéressent jamais complètement de leurs malades et elles sont capables de faire en leur faveur, pendant quelque temps au moins, un effort pécuniaire, ce dont on ne saurait trop les louer.

Cette intéressante catégorie de malades paye à l'établissement qui les reçoit une redevance quotidienne fixe qui varie en général de deux à quatre et cinq francs, et qui couvre, en partie du

Pour les indications, doses et formes pharmaceutiques, voir l'annonce page V des annonces.

moins, les frais de séjour de chaque malade.

Voilà donc des tuberculeux qui ont des ressources, modestes il est vrai, mais assurées dès le début de la maladie, pendant toute sa durée, et le plus souvent encore pour la longue période qui commencera au moment où ils quitteront le sanatorium et pendant laquelle ils auront à prendre toutes les précautions nécessaires pour conserver l'amélioration qu'ils auront acquise pendant le traitement sanatorial, et transformer cette amélioration en une guérison aussi solide et durable que possible.

En résumé, ces sanatoriums populaires ne reçoivent que des malades payant soit eux-mêmes, soit médiatement, une redevance quotidienne fixe : or, les médecins de ces établissements, avec lesquels nous avons longuement causé de cette question du recrutement, si intéressante et si grosse de conséquences de toutes sortes, nous ont affirmé qu'ils étaient rarement embarrassés dans le choix de leurs malades et, qu'à de rares exceptions près, tous ceux qui étaient admis dans le sanatorium qu'ils dirigeaient leur donnaient, au point de vue « traitement et résultat », ce qu'ils étaient en droit d'en attendre.

En un mot, leurs tuberculeux se rapprochent autant qu'il est possible du malade type de sanatorium populaire, et ce la pour le plus grand bien et du malade et du médecin et de la cause des Sanatoriums. Eh bien ! il se passe en France pour ces malades (soit par eux-mêmes, soit par les administrations auxquelles certains d'entre eux appartiennent) un peu ce qui se passe en Allemagne pour l'ouvrier tuberculeux, grâce à l'assurance obligatoire : les uns comme les autres ayant, soit par eux-mêmes, soit par autrui, des ressources suffisantes n'hésitent pas à prendre en temps utile le repos et les soins dont ils ont besoin ; aussi les résultats sont-ils là, tangibles et suffisamment éloquents par eux-mêmes pour n'avoir pas besoin d'être commentés. Seulement, ce qui est la règle en Allemagne n'est que la très rare exception en France et ce qui, chez nos voisins, est obligatoire est, chez nous, absolument facultatif et laissé à l'entière liberté d'appréciation du malade.

Il résulte de ce qui précède, qu'actuellement en France, et dans l'état où sont les choses, les tuberculeux auxquels on peut vraiment être utile sont précisément ceux dont il vient d'être question : en les soignant comme ils le méritent, dans des sanatoriums construits à cet effet, et encore beaucoup trop rares en comparaison du nombre de ceux qui pourraient et devraient y être admis, on a conscience de faire œuvre utile, d'abord à l'égard d'eux-mêmes, ensuite à l'égard de leurs familles, enfin à l'égard de la Société ; tandis qu'il n'y a vraiment pas d'intérêt à chercher à conserver des tuberculeux, tels que nous en avons vu malheureusement beaucoup à Angicourt, véritables déchets de la Société à laquelle ils sont à charge et sans aucune espèce de profit ni pour cette Société, ni pour leur famille, ni même pour eux-mêmes.

Supposons cependant un instant qu'un de ces tuberculeux indigents et sans ressource entre au Sanatorium à un moment tel et avec des lésions pulmonaires telles qu'il se rapproche autant que possible du malade type de sanatorium populaire ; supposons encore qu'il réalise la cure à laquelle, il est soumis d'une manière tellement parfaite qu'il obtienne le maximum de résultat dans le minimum de temps ; supposons enfin que, de ce fait, il ne fasse au sanatorium qu'un séjour d'une durée strictement nécessaire pour lui rendre au moment où il en sortira un état de santé tel qu'on peut le souhaiter pour un malade de cette catégorie. Que va-t-il arriver au moment où notre malade sera rendu à la liberté de l'existence ? Considérablement amélioré, transformé au point de vue des forces et des apparences par le long repos auquel il vient d'être soumis, se sentant, comme l'on dit, frais et dispos, le voilà sur le pavé de Paris avec au moins l'illusion de la santé, mais sans un centime en poche ; il va donc être obligé de recommencer immédiatement un travail en général très dur et cela sans mettre aucune espèce de transition entre ce travail si pénible et le repos absolu qu'il vient d'observer au sanatorium. Ici, il avait une nourriture saine et copieuse, là il va être obligé de vivre souvent de privations, mangeant quand il le pourra et comme il le pourra ; ici, il vivait dans des conditions hygiéniques parfaites, là, il va retrouver les mêmes conditions déplorables qui l'ont une première fois rendu malade ; obligé de se soumettre à nouveau et sans aucune transition aux dures nécessités de l'existence, le résultat de ce brusque changement ne se fera pas attendre : au bout de quelques mois, quelquefois de quelques semaines, notre tuberculeux a une rechute qui le ramène au sanatorium dans des conditions de santé souvent bien moins favorables que celles qui l'avaient obligé à y entrer une première fois. C'est ce qui arrive trop souvent à Angicourt pour des malades qui n'y sont pas d'ailleurs entrés tout d'abord et n'y ont pas séjourné dans des conditions exceptionnellement favorables que nous avons prêtées à l'exemple que nous venons de choisir. Nous avons vu bien souvent des malades, assez sérieusement atteints dès le début de leur séjour à Angicourt, sortir du sanatorium, après y avoir demeuré fort longtemps, avec toutes les apparences extérieures de la santé et y revenir, quelques semaines après, pâles, décharnés, amaigris, méconnaissables. Et nous ne parlons pas de ceux, trop nombreux, qui, ayant quitté Angicourt dans des conditions de santé à peu près satisfaisantes, n'ont pas eu le temps de venir redemander au Sanatorium le bénéfice du traitement une première fois subi avec profit et sont morts rapidement et misérablement dès qu'ils ont repris la vie courante.

C'est que, pour tout tuberculeux curable et surtout améliorable, il ne suffit pas de se soigner et de se ménager avant l'entrée au Sanatorium et pendant le séjour qu'il y fait, il faut encore et surtout se soigner, se ménager, prendre mille précautions après en être sorti et cela longuement et minutieusement. Le tuberculeux vraiment sage, conscient de son état et de ses forces, et désireux de garder le bénéfice de la cure chèrement et péniblement acquis, ne doit essayer de reprendre son existence ordinaire — si jamais il la reprend — qu'au bout de plusieurs années et en procédant petit à petit, insensiblement et avec une extrême prudence.

Mais, pour qu'il en soit ainsi, encore faut-il qu'il en ait la possibilité et les moyens; encore faut-il qu'il ait des ressources suffisantes pour faire vivre sa famille et pour vivre lui-même pendant

un temps plus ou moins long dans les conditions qui lui auront été indiquées.

C'est ce que le tuberculeux ouvrier, et à plus forte raison complètement indigent, ne peut matériellement pas réaliser, quelle que soit l'envie qu'il puisse en avoir ; et c'est pour cela qu'un sanatorium d'indigents, conçu dans l'esprit d'Angicourt, fait œuvre bien souvent stérile et sans aucun profit pour personne.

Combien sont plus intéressants les efforts couronnés de succès produits par les sanatoriums populaires dont nous avons parlé plus haut et qui ne reçoivent en somme que des tuberculeux appartenant à une classe déjà relativement beaucoup plus élevée de la Société, malades à l'intelligence plus ouverte, moins ennemis d'eux-mêmes, d'autant plus désireux de se guérir vite et bien, que chaque jour de traitement représente pour eux une somme d'autant plus lourde à supporter que leurs ressources sont plus modestes ; mais qui, désireux également de conserver le résultat favorable si chèrement acquis, ne négligeront rien de ce qui leur sera conseillé pour cela. Ils pourront le faire d'autant mieux qu'ils ne sont pas dénués de toute ressource, mais s'imposeront au contraire volontiers un supplément de sacrifices pour ne pas risquer de perdre bénévolement et rapidement le bénéfice des sacrifices de toutes sortes qu'ils se sont déjà imposés...

La conclusion de tout ce qui précède peut se traduire en une formule, malheureusement des plus simples, mais qui se déduit forcément de l'observation courante :

En France, et en l'état actuel des choses, le Sanatorium pour tuberculeux indigents ne donne pas de résultats bien satisfaisants ni, dans tous les cas, proportionnés à l'effort produit et autres lourds sacrifices qu'il suppose et impose : le sanatorium d'Angicourt, seul exclusivement ouvert en France aux tuberculeux pauvres, est là pour le démontrer par la médiocrité même des résultats qui y ont été jusqu'alors obtenus.

Les sanatoriums qui s'adressent aux « petites bourses » donnent au contraire des résultats très encourageants et ce sont ces établissements qu'il faut souhaiter de voir se multiplier le plus rapidement possible dans l'intérêt des malades, de la Science, de la Société et de la France.

(Extrait de la *Tribune médicale.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La lettre à deux sous contre l'encombrement médical.

Toutes nos Sociétés de défense professionnelle (le Concours médical en tête) se sont associées par adhésion officielle et subventions pécuniaires à l'acte d'intérêt général que veut accomplir notre confrère M. le Dr Vigne (de Lyon) dans le but d'arrêter l'*encombrement médical*.

Il s'agit de faire parvenir sous enveloppe fermée à toute famille qui se préoccupe du choix d'une carrière pour son fils actuellement au collège, la lettre suivante.

Projet de Lettre-Circulaire à adresser aux Jeunes Gens en instance de choisir une carrière.

Monsieur,

Sur le point d'achever vos études scolaires, et d'envisager par conséquent le choix d'une carrière, vous vous préoccupez, sans doute, de vous renseigner sur les divers avantages que vous pouvez rencontrer dans chacune d'entre elles, et de prendre une décision d'où peut dépendre tout votre avenir. Les diverses carrières libérales peuvent avoir retenu votre attention, et parmi elles, la profession médicale, qui passe encore, à tort, pour une des plus faciles et des plus lucratives.

Cette erreur manifeste, couramment répandue dans le public français, étant des plus dangereuses et susceptible d'entraîner les conséquences les plus graves, à la fois pour vous-même et pour nous, il nous a paru indispensable et salutaire de vous éclairer sur notre véritable situation sociale actuelle, par les quelques considérations qui suivent, rigoureusement conformes à la vérité, et exemptes de toute exagération intentionnelle.

L'encombrement de la profession médicale en France atteint, à l'heure actuelle, des limites extrêmes et notre pays figure parmi les nations européennes où le pourcentage du nombre des médecins par rapport au chiffre de la population se trouve le plus élevé (5 médecins par 10,000 habitants).

Sa conséquence logique est un malaise violent qui fait chaque jour parmi nous et dans nos familles des victimes plus nombreuses. M. le docteur Diverneresse, délégué de l'*Union des Syndicats médicaux de France*, en a, d'une plume autorisée, décrit quelques symptômes non équivoques dans une lettre de protestation a propos du tarif accident adressée récemment au Ministre du Commerce, en ces termes : « *Les associations médicales voient grandir d'année en année, dans une proportion inquiétante, les sommes qu'il leur faut affecter à la constitution de pensions aux médecins ou aux veuves de médecins sans ressources. L'Association Générale des médecins de France qui, en 1891, ne payait de ce fait que 39,490 fr., a versé, en 1903, l'énorme somme de 170,030 francs pour secours aux familles médicales nécessiteuses. La Prévoyance Sociale a versé, en 1904, cent mille francs pour assistance à des médecins. L'Association des médecins de la Seine n'a versé que 47.000 francs, mais c'est à cause de l'insuffisance de ses ressources. Le chiffre total des secours versés aux familles de médecins dans la détresse est de 318,000 francs. Comme il y a environ vingt mille médecins, il ressort de là que la moyenne d'entre eux, non seulement ne peut faire aucun bénéfice, mais que, pour vivre, ils sont obligés de dépenser, en outre du produit de leur travail, les intérêts de leur patrimoine d'abord, d'entamer ensuite ce patrimoine lui-même, et finalement de recevoir une somme de 20 francs à titre de charité de leurs riches confrères...*

A la dernière Assemblée générale de l'Association des Médecins des Landes, M. le docteur Didos fils a demandé si, comme l'a fait la société locale de la Nièvre, « la Société des Landes ne pourrait pas prier l'Association Générale de rechercher s'il ne serait pas possible d'organiser, pour les veuves de médecins associés, l'assistance par le travail ! »

Les statistiques, d'autre part, établissent que, actuellement, en France, 40 % seulement des médecins possèdent, si on y ajoute leur fortune personnelle, un revenu total égal ou supérieur à 8,000 francs, 15 % arrivent à un revenu de 8,00 francs, 45 % ne réalisent pas annuellement 2,000 francs d'honoraires. (*Lyon Républain*, 7 octobre 1904.)

Ce déplorable état de choses tient à des causes multiples trop longues à énumérer dont les principales sont :

La multiplication menaçante et impossible à enrayer de l'exercice illégal de la médecine.

La diffusion déplorable de l'exercice au rabais imposé soit par la concurrence inter-confraternelle, soit par les organisations innombrables d'assistance mutuelle ou publique.

Enfin et surtout, la surabondance flagrante du nombre des médecins. On compte à Paris et dans les grands centres un médecin environ pour 900 habitants. Dans le reste du pays un médecin pour 2.117 habitants, proportions qui sont loin de permettre à chaque médecin la réalisation des ressources nécessaires pour subvenir à ses frais généraux d'entretien.

Cependant une foule irréfléchie de jeunes étudiants continue à s'engager dans les études médicales, et le nombre de ces étudiants est manifestement hors de proportions avec celui des disponibilités, même calculé dans les conditions déplorables présentes que nous venons d'exposer.

En effet, le chiffre moyen de la mortalité médicale annuelle étant établi à 26 %, constitue par décès 550 disponibilités environ chaque année. On peut estimer, d'autre part, à 150 au maximum le nombre des disponibilités créées par cessation d'exercice, soit au total 700 vacances par an, au maximum. Or le chiffre annuel des diplômés par les Facultés de médecine étant de 1.200 environ, il s'ensuit que, tous les ans, il y a surproduction de 500 docteurs médecins, cinq cents malheureux voués à venir grossir le nombre déjà considérable de ceux qui végètent, qui souffrent, qui regrettent vivement d'avoir sacrifié une fortune et une jeunesse en un labeur pénible et stérile.

A ceux-là aucune consolation, si faible soit-elle, ne saurait à l'avenir demeurer.

La vie d'étudiant, il est temps qu'on se persuade de cette idée, n'offre plus aucun des avantages ni des agréments qu'elle présentait autrefois.

Inéluctablement précédée de deux années de service militaire, comme en toute autre profession, par la loi nouvelle, elle ne saurait plus servir désormais de prétexte à une inégalité avantageuse de régime.

Strictement régie par des programmes et des règlements de jour en jour plus sévères, par des examens difficiles à échecs éliminatoires, elle a forcément perdu tout le charme qu'elle tenait en flâneries de jadis, aujourd'hui rendues impossibles.

Bien que demeurant parmi les plus onéreuses, elle ne laisse pour l'avenir que les avantages les plus médiocres de fructification et même de récupération d'un capital important (30.000 fr. au moins) qu'elle absorbe sans aucune garantie de retour.

Par contre, l'industrie, le commerce et un certain nombre d'autres professions libérales offrent, avec le même apport un champ beaucoup plus vaste, plus fécond et plus sûr à l'activité et à l'initiative de la jeunesse moderne, sans vouer, comme la profession médicale, leurs pratiquants à l'inertie absolue et conséquemment à la retraite et souvent à la misère, à la plus légère indisponibilité.

Nous aimons à croire que vous voudrez bien, Monsieur, avant de prendre une détermination importante et définitive, peser à leur juste valeur ces quelques considérations trop écourtées qui sont l'expression sincère de la vérité et de l'expérience. Nous pensons aussi qu'elles seront de nature à vous faire hésiter, si telle a pu être un instant votre intention, à tenter de venir partager une existence dont une apparence trompeuse de luxe cache de plus en plus les misères innombrables et les difficultés croissantes.

Mais, on se trouve en présence d'une difficulté réelle pour se procurer les adresses des familles que la lettre doit toucher utilement.

Il apparaît nettement que les établissements d'enseignement secondaire, pour des raisons connues et diverses, ne se feront pas volontiers fournisseurs des indications nécessaires.

C'est donc à chacun de nous qu'il incombe de lever l'obstacle.

Comment ?

En prenant au plus vite son registre de clientèle, en y relevant noms et adresses des familles qui sont dans le cas prévu, et en envoyant ce relevé soit au Concours médical, soit à M. le Dr Vigne, 9, Cours de la Liberté, à Lyon.

C'est l'affaire d'une demi-heure et d'un timbre de dix centimes. Personne ne saurait refuser ce minuscule effort et cette contribution si facile à l'œuvre de protection commune. Aussi avons-nous bravement promis le concours de tous les membres du « Concours ».

L'assistance médicale gratuite à Estaires

UN BRELAN DE CONFLITS.

(Extrait du *Petit Praticien*.)

Nos lecteurs n'ont pas oublié l'histoire du conflit médico-administratif de la ville d'Estaires. La lettre du docteur X... au *Petit Praticien* les avait édifiés sur le déni de justice dont s'était rendue coupable la majorité de la Commission d'assistance envers notre confrère, le docteur Delbecq, médecin des pauvres depuis dix ans ; sur la conduite peu confraternelle d'un jeune médecin du Midi, venant s'installer à Estaires à la demande de quelques mécontents et, en fin de compte, bombardé seul médecin de l'Assistance publique aux appointements de 2.500 fr. D'où : *premier* conflit entre médecins et Bureau d'Assistance.

La ville d'Estaires aurait certainement consenti à régler les honoraires médicaux sur cette base, à condition que tous les médecins résidents fussent titulaires, avec libre choix pour les indigents.

Or, le Conseil municipal refuse de payer plus de 1.200 fr. (ancien prix), soulevant, par son refus motivé, un *deuxième* conflit avec la Préfecture.

Le docteur X... nous annonçait que le Syndicat médical d'Hazebrouck, saisi de la question, avait délégué auprès du docteur B..., le nouvel occupant, une commission chargée de lui présenter des propositions fermes, et lui montrer le peu de cas qu'il faisait de la... confraternité médicale.

Tout semblait d'abord devoir s'arranger en famille. Il était convenu que la somme allouée pour les honoraires médicaux de l'Assistance gratuite serait répartie *également* entre les quatre médecins, avec libre choix pour l'indigent ; qu'il en serait de même pour la Mutualité (ici avec répartition proportionnelle) à qui on appliquerait le système du tarif à la visite, etc., etc.

Lorsqu'au moment de s'exécuter, le docteur B... prétend qu'il y a encore des questions secondaires à résoudre, et que d'ailleurs, il a accepté un mandat pour quatre années : « qu'il se fait un point d'honneur de remplir vis-à-vis de la Préfecture les engagements que celle-ci remplit à son égard ».

Nos confrères, les docteurs Delbecq, Delporte et Legrand avaient poussé la condescendance jusqu'à ne réclamer sa démission de médecin du Bureau de bienfaisance qu'après l'avis officieux du Préfet, avis qui eût certainement été favorable, le bureau du Syndicat médical d'Hazebrouck devant faire, auprès de ce magistrat, une démarche officielle.

Cette attitude de M. le docteur B... vient com-

pliquer le problème, qui devait se résoudre si facilement par les concessions réciproques que se faisaient les médecins de la localité, dans un but de conciliation et de concorde. Tout est donc rompu, et nous voici, pour compléter le brelan, au *troisième* conflit, purement médical celui-là, qui s'étendra de la ville d'Estaires au Syndicat médical d'Hazebrouck, et de là à la Fédération, devant laquelle les faits seront portés incessamment.

Si nous sommes bien renseignés, voici deux des questions qui seront soumises à cette dernière :

1° Est-il permis à un médecin étranger d'accepter pour lui seul, *quelques semaines après son installation*, un service médical d'Assistance, *pendant que ses confrères* discutent, avec l'Administration, les conditions d'honoraires afférentes à ce service ?

2° Quelle sera l'attitude des médecins syndiqués vis-à-vis de ce docteur, au point de vue des consultations ?

Ce n'est pas à nous de répondre à ces questions, car il est des circonstances où il faut surseoir à ses appréciations, il faut laisser aux groupements corporatifs le soin de porter des jugements en toute liberté et en toute sincérité.

Notre rôle se bornera à montrer aux confrères l'immense service qu'est appelée à leur rendre la Presse professionnelle dans les nombreuses circonstances où ils peuvent être victimes des cabales montées contre eux par des mécontents, des chefs de collectivités grincheux, impatients de satisfaire leurs rancunes ou leurs caprices, etc.

L'injustice commise envers le Dr Delbecq tout d'abord, envers les confrères Delporte et Legrand pour finir, est connue aujourd'hui, *grâce au* PETIT PRATICIEN, de tous les médecins du Nord et d'un bon nombre de personnes étrangères à la médecine.

La parole est au corps médical et à la Fédération qui se doivent de porter un jugement auquel notre journal promet une large publicité.

Dr LAMBIN.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Le conflit médico-mutualiste à Troyes.

Depuis quelques mois, nos lecteurs s'en souviennent, le Syndicat médical de Troyes soutenait en bonne posture et en parfaite cohésion la lutte engagée contre la Fédération régionale des S. S. M., méprisant les insinuations de maintes feuilles locales et tous les horions inhérents à ces campagnes.

A tous les échos, à toutes les agences, les S.S.M. avaient inutilement demandé les médecins de leur rêve.

Nous apprenons aujourd'hui que MM. les Drs Bazin et Bourbon (de Troyes), et A. Couetoux, venu du dehors, se sont décidés à combler les vœux des Mutualistes, et à accepter leurs conditions.

Et quelles conditions ! Visite 1.50, consultation au cabinet 1 fr., pas d'indemnité pour les opérations de petite chirurgie, injections, cathétérisme, etc..

Allons, constatons une fois de plus que tous les goûts sont dans la nature, et n'insistons pas.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Caisse des Pensions de Retraite du Corps Médical français.

En vertu de l'Assemblée générale qui se tiendra le 27 mai, nous publions d'avance les rapports du Secrétaire Général et du Trésorier que les sociétaires auront eu ainsi le temps d'étudier à l'avance.

Rapport de M. le Secrétaire Général.

Mes chers Collègues,

Un écrivain, dont le nom m'échappe, s'exprimait ainsi sur la « Caisse nationale des retraites pour la vieillesse » :

« Les uns et les autres ne s'en servent guère, malgré ses incontestables avantages, parce que le Français est, de sa nature, imprévoyant, et que son éducation économique est encore à faire. Pour qu'il se décide à sacrifier un peu du présent à la sécurité de l'avenir, il faut qu'on le prenne par la main et qu'on le traîne. De lui-même, il est incapable de se décider, mais il suit volontiers le courant. »

Ceci est encore plus vrai pour le médecin, avec cette aggravation qu'il a une méfiance très prononcée pour tout ce qui est fondé par des confrères, se laissant, d'autre part, facilement duper par le premier venu, du moment que ce dernier n'appartient pas au corps médical.

Pour le convaincre, ceux d'entre nous qui s'occupent d'assurances entre médecins ne lui promettent pas des dividendes, des retraites ou des indemnités extraordinaires avec des petites primes annuelles ; ils lui exposent loyalement les données du problème à résoudre ; ils lui présentent des résultats mathématiques et, comme ces résultats sont modestes, les médecins les délaissent.

C'est à ceux qui ont mis plusieurs années à compléter leur propre éducation économique de se mettre résolument à l'ouvrage pour faire celle de la masse de la corporation.

Le premier devoir à remplir, c'est de bien exposer pourquoi il est matériellement impossible de donner de grosses retraites, par exemple, avec des primes minimes.

Comme je l'ai déjà écrit dans un rapport, l'État a limité le choix des valeurs à acheter et à conserver en portefeuille ; ces valeurs, dites *de tout repos*, rapportent un intérêt minime, que tout le monde connaît ; or, les intérêts des sommes versées étant minimes, il faut que les primes soient élevées pour constituer des retraites. Celles-ci ne peuvent être alimentées que par un réservoir pécuniaire qui n'a que deux sources d'alimentation : les intérêts du capital versé et les primes annuelles : si le débit de l'une de ces sources diminue, c'est celui de l'autre qui doit augmenter. Ainsi, plus nous irons, plus, les intérêts diminuant, le

choix des valeurs restant limité par l'État, plus malheureusement il faudra recourir à des primes qui seront toujours élevées.

Il y a bien deux autres ruisseaux qui pourraient, en l'espèce, apporter un certain appoint à cette source si exploitée : je veux parler de la mortalité et des dons volontaires. Pour nous, médecins, ils sont d'une aide très superficielle. Ainsi que vous l'indiquent les différentes statistiques, la mortalité exagérée dans le corps médical est heureusement un préjugé, et si vous y joignez que le médecin, appliquant le proverbe « Connais-toi toi-même », et sachant mieux que personne quelles sont les tares organiques dont il est atteint, ne s'assure qu'à bon escient, vous voyez que le recrutement des adhérents se fait dans un milieu beaucoup moins morbide que pour les compagnies d'assurances en général. Les dons volontaires dépendent du hasard et par conséquent sont très aléatoires. D'où nécessité absolue de primes élevées pour qu'une œuvre d'assurance vive.

Un point très important se présente ensuite à nos méditations. Toutes les œuvres d'assurance sont d'autant plus prospères qu'elles peuvent s'adresser à un plus grand nombre de personnes susceptibles de devenir des adhérents.

Chez nous, le nombre est limité non seulement par la profession, mais aussi, actuellement, par la situation pécuniaire du corps médical, et cependant, parmi les médecins, tout le monde veut fonder des caisses d'assurances. Depuis plus de trente ans que je fais de la propagande pour nos diverses associations et pour nos caisses mutuelles, je suis arrivé à partager ce nombre limité de médecins en 3 catégories :

1° Les riches ou gagnant largement leur vie : il ne faut guère compter sur eux : s'assurer une retraite : à quoi bon ! Cependant j'en ai pas mal rencontré dans ma carrière qui eussent été heureux d'avoir 1.200 fr. de rentes à 60 ans et quel mesquin sacrifice à faire que le versement de cette prime à l'époque de la prospérité. « Si vous ne le faites pas pour vous ; faites-le pour les confrères, leur disait-on. » Oui, c'est vrai, mais l'imprévoyance du Français, dont je parlais tout à l'heure, reprenait le dessus. Ils devraient cependant se rappeler que la richesse n'exclut pas la prévoyance, exemple : les milliardaires américains.

C'est dans la deuxième catégorie que nous trouvons nos adhérents et nos collaborateurs les plus chaleureux. Ce sont les modestes et les sages.

Dans la troisième catégorie se rangent, hélas ! les déshérités de la profession : ceux qui auraient le plus besoin de s'adresser à notre caisse pour assurer leur vieillesse ; mais, pour venir à nous, ils devraient faire un sacrifice sérieux et ils n'en ont pas le courage, et cependant c'est pour eux que notre filiation à l'Association générale serait le plus profitable.

Comptons sur le temps et sur leur éducation économique.

Quant à nous, mes chers confrères, nous n'avons plus qu'à nous laisser vivre, non pas en nous croisant les bras et en regardant passer les bateaux, comme les vieillards de *Faust*, mais, au contraire, en employant le temps que nous laisse la direction d'une affaire professionnelle bien assise, qui prospère régulièrement, à développer dans le corps médical ce que j'ai appelé, à plusieurs reprises dans ce rapport, l'éducation économique.

Dr DELEFOSSE.

Rapport du Trésorier, M. le Dr Verdalle.

Messieurs et chers collègues,

Cet exercice 1905 dont je vais vous rapporter l'histoire, en quelques mots seulement, car vous la connaissez, cette ennuyeuse histoire, cet exercice 1905 a été pour votre trésorier des plus pénibles, sous tous les rapports.

Obligé, de par vos décisions, au remboursement d'un tiers environ de notre fortune, ne pouvant naturellement pas trouver dans ses encaissements ordinaires les trois cent mille francs que ces remboursements réclamaient, attendant avec la plus vive impatience l'autorisation de toucher à une partie de notre capital, écrivant lettre sur lettre, faisant les démarches les plus actives et n'aboutissant à rien, pressé par les uns, — bousculé même, soupçonné par d'autres de négligence, sinon pis, je vous jure qu'il a passé de bien vilains moments ; je ne parle pas du travail fou qui lui était imposé.

Enfin, au bout de cinq mois d'efforts, il obtenait de pouvoir mettre la main sur le gros des espèces si ardemment demandées et la distribution a pu se faire et le règlement jusqu'au dernier centime ; nous avons remboursé ainsi une somme globale de deux cent soixante-douze mille quatre-vingt-dix-sept francs, 41 centimes ; le détail de ces remboursements a été déjà publié et vous le trouverez aux pièces annexes.

La balance de la caisse dans l'exercice 1905, s'est soldée par le total de 354.725 73.

Le tableau suivant en donne le détail :

Recettes.

Cotisations	55.375 35
Versements par retraités	5.388 »
Abandons de retraite. dons	278 »
Intérêts du portefeuille	27.196 80
Remboursement et amortissement de valeurs	5.486 47
Vente de valeurs	240.762 25
Solde débiteur au 1er janvier	20.238 86
Total des recettes	354.725 73

Dépenses.

Achat de valeurs	47.605 10
Retraites	26.199 15
Remboursements	272.097 41
Remboursements à l'Association générale	150 »
Remboursements à divers	230 »
Frais généraux	6.357 72
Total des dépenses	352.639 38
En caisse (30 décembre)	2.086 35
Egal	354.725 73

Voici le détail de ces divers chapitres :

RECETTES.

Cotisations.

Les cotisations ont produit la somme de 55.375.35, mais il convient de remarquer que la société l'Amicale a versé, par les mains de son trésorier, M. Gassot, une somme de 13,864.20, représentant les cotisations de ses membres pour 1904 et 1905.

Les cotisations propres des membres de la Caisse de retraite ne s'élèvent donc qu'à la somme de 41.511.15. La somme des cotisations pour l'exercice précédent (1904) était de 73.638, 40.

Le chapitre intitulé : versements par retraités se détaille ainsi:

Quatre de nos retraités ont versé les sommes suivantes pour augmenter le chiffre de leur retraite ; savoir :

M. A.	1.172
C	1.915
P	1.702
A	599
Total	5.388

M. le Dr Blache et M. le Dr Lereboullet ont généreusement abandonné le montant de leur retraite.

M. le Dr Laurent, de Roanne, n'a pas voulu toucher les intérêts des sommes qu'il avait versées en cotisations et qui lui ont été remboursées ; M. le Dr Bougon, de Paris, a bien voulu, lui aussi en abandonner une partie ; soit :

Don de M. Lereboullet	142
Don de M. Blache	83
Don de M. Laurent	8
Don de M. Bougon	45
Total	278

Intérêts des valeurs du portefeuille, détail.

Rente 3 % amortissable	4.590 »
Obligations communales 1879	124 80
Rente 3 %	4.530 »
Obligations foncières 1883	1.440 »
Obligations du Midi	4.147 20
Obligations Banque hypothécaire 1881	993 60
Obligations Paris-Lyon-Méditerranée	2.606 40
Obligations Chemins de fer de l'Est	720 »
Obligations Banque hypothécaire 1880	6.300 »
Obligations Chemin de fer d'Orléans	1.432 80
Obligations communales 1892	312 »
Total	27.196 80

Remboursement et amortissements des valeurs du portefeuille.

Rente amortissable (remboursement de 75. fr de rente)	2.497 50	
Rente amortissable (remboursement de 60 fr. de rente)	1.998 »	
		4.495 50
Une obligation communale 1879		499 40
Une obligation Paris-Lyon		491 57
Total		5.486 47

Vente de valeurs du portefeuille.

20 obligations communales 1879	9.700 »
Rente 3 %	177.568 »
50 obligations Ville de Paris	19.364 25
50 obligations communales 1892	23.950 »
20 obligations foncières 1879	10.180 »
Total	240.762 25

DÉPENSES.

Achat de valeurs de portefeuille.

Une obligation communale 1879, en remploi d'une obligation amortie, vendue depuis		484 40
101 obligations P.-L.-M., savoir :		
1 obligation (en remploi)	462 65	
50 obligations	23.225 »	
25 obligations	11.675 »	
25 obligations	11.758 05	47.120 70
Total		47.605 10

Tableau des retraités.

MM.		MM.	
B.	83 »	D.	322 »
L.	142 »	G.	309 65
R.	73 »	J.	1.600 »
L.	217 »	M. et Mad. L	800 »
M. et Mad. B	800 »	L.	400 »
P.	600 »	M. et Mad. G	2.400 »
M.	800 »	G.	150 85
O.	800 »	R.	130 »
H.	800 »	G.	173 35
M.	800 »	M. C.	323 35
B.	800 »	M.	800 »
B.	162 65	B.	800 »
B.	800 »	E.	800 »
B.	800 »	R.	800 »
Mad. C.	800 »	R.	557 »
M.	751 65	R.	173 »
J.	1.600 »	M.	400 »
A.	600 »	M.	400 »
C.	1.800 »	L.	830 65
L.	800 »	Total	26.199 15

Remboursements aux membres de la Caisse de retraites, sur leur demande, capital et intérêts.

Remboursement à l'Association générale, aux mains de M. le Dr Blache, trésorier, des sommes qu'elle avait avancées à des membres de la Caisse pour paiement de leur cotisation :

Pour cotisations de Madame veuve L.... 150 »

Remboursement à divers.

A M. le Dr P., sa cotisation............. 230 »

M. le Dr P. ayant atteint l'âge de la retraite, a opté pour la combinaison qui lui permet de toucher sa retraite intégrale à l'âge de 64 ans ; il n'avait donc plus à verser de cotisation pendant les quatre années qui vont suivre ; sa cotisation lui a, en conséquence, été remboursée.

Fraix généraux.

Ils se décompent ainsi :

Frais de trésorerie........... 728 15

Vente de valeurs du portefeuille :

Frais de conversion de ces valeurs	305 47	
Avances de capitaux par les banques	75 »	
Frais d'achat de valeurs	45 60	
Droits de conversion sur achats valeurs	174 60	
Frais aux banques	605 55	
Frais aux banques	5 65	
Frais de procurations	53 60	
Frais du trésorier, correspondance, bureau, ports, faux frais	396 20	
Comptes divers pour impressions	697 90	
Indemnité	2.000 »	5.087 72
Frais de secrétariat, correspondance et divers	270 »	
Indemnité	1.000 »	1.270 »
		6.357 72

Vous avez sous les yeux, mes chers collègues, toutes les pièces de comptabilité. Nous allons, si

UNE INVITATION
de Châtel-Guyon aux Médecins

Tout le monde connaît la transformation prodigieuse qui a fait en 4 ans de Châtel-Guyon, de la petite bourgade auvergnate perdue au pied des Monts-Dômes, la grande Station, de réputation mondiale, que le développement foudroyant de sa clientèle élève déjà au 3e rang des Hydropoles françaises.

Châtel-Guyon — qui rêve de devenir la *Station thermale modèle*, le *Sanatorium universel* où viendront se purifier ou se refaire tous les Sangs appauvris ou empoisonnés et tous les Ventres détraqués ou usés — Châtel-Guyon se sent animée d'une plus haute et plus pressante ambition : c'est de se proclamer et d'apparaître à tous les yeux comme la *Villégiature d'été des médecins*, comme leur vraie maison de campagne et de repos. Elle a tout préparé, tout disposé pour les recevoir et les retenir, et elle vient de lancer, pour les y appeler, aux 30.000 médecins de langue française et à 20.000 autres de l'étranger, une Carte d'Invitation où elle leur dit :

« Venez à nous, vous et vos familles. Châtel-Guyon, qui n'existe et ne vit que par vous, vous accueillera, le sourire aux lèvres, sur le pas de ses portes grand'ouvertes. Les Etablissements, les Buvettes, le Casino, le Parc, vous prodigueront gracieusement à tour de rôle les charmes du paysage et la fraîcheur des frondaisons, les délices divines de leurs Bains et l'utile réconfort de leurs Sources, les enchantements de la Musique et les distractions des Jeux et des Fêtes. Il y en aura pour tous les besoins, pour tous les âges, pour tous les goûts. Et les Habitants, de leur côté, — les Hôtels, les Villas, les Boutiques mêmes, — qui savent ce qu'ils vous doivent, auront pour vous toutes les attentions et toutes les faveurs; ils ont promis de faire le possible et l'impossible pour rendre votre séjour agréable et facile. Venez, et vous trouverez parmi nous, au meilleur compte, la santé, le repos et la joie.»

En 1905, notre invitation, quoique beaucoup plus discrète, fut entendue, et 230 familles médicales répondirent à l'appel. Châtel-Guyon fut heureuse de ce succès. Mais ses ambitions ont grandi avec ses ressources d'hospitalité. Elle me charge aujourd'hui de renouveler à *tous les Médecins* son invitation ; elle forme l'ardent souhait, elle espère fermement que sa voix sera plus convaincante et mieux écoutée, et qu'elle verra doubler et quadrupler en l'an de grâce 1906 le nombre de ses Baigneurs-Médecins.

Dr A. Angelby.

N.-B. On trouvera dans le Guide 1906, pages de garde VIII et IX, la liste des Hôtels, Villas et Commerçants de Châtel-Guyon, qui ont consenti des réductions de prix en faveur des Médecins et de leurs familles.

Correspondance hebdomadaire (*Suite*).

quand vous saurez que, malheureusement pour vous la compagnie d'assurances avec laquelle vous avez traité, est probablement dans son droit, en vous offrant les honoraires dérisoires que vous nous soumettez.

Sans connaître les termes du contrat qui vous lie, nous devons vous dire que la compagnie n'a pas à savoir l'importance des interventions sur lesquelles s'établit votre note d'honoraires puisque, sans distinction, sans différence dans les cas, vous vous êtes engagé à soigner pour un prix de... (*forfait*), tout sinistré.

Comme vous le dites, votre note est bien exactement établie suivant le tarif Dubief.

Mais vous avez vous-même renoncé au bénéfice de cette disposition recevable en jurisprudence, puisque vous avez conclu marché dans des *conditions forfaitaires*.

Vous devez vous en tenir au prix *convenu*, sans pouvoir faire valoir combien vous avez fourni pour si peu de rémunération.

Le collier vous aura coûté cher. Cette expérience vous amènera-t-elle à le secouer vigoureusement !

C'est la grâce que vous souhaite le *Concours*, dans lequel nous ne cessons de prêcher que c'est entre eux que les médecins doivent faire bloc contre toutes les exploitations dont ils sont victimes.

Tâchez donc de vous mettre d'accord avec votre collègue, votre concurrent, dites-vous ; mieux vaut partager avec lui que de voir la compagnie d'assurances avaler l'huître, en vous laissant les coquilles.

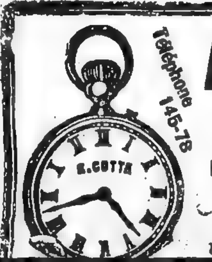
Dr C.., à S.-M.., à *Concours*. — Dans vos aimables colonnes de correspondance du *Concours Médical*, que je lis en fidèle abonné, voudriez-vous me donner les renseignements suivantes :

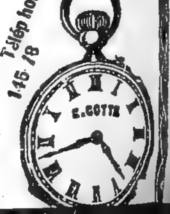
1° En matière d'assurances, qu'appelle-t-on infirmités du 1er, 2e, 3e, 4e degré ??

Suite page XII.









vous le voulez bien, passer l'éponge sur cette affaire liquidée enfin et non sans peines, n'y revenons plus.

Une fois débarrassés de ce cauchemar, nous avons repris notre train habituel ; continuant à placer notre argent au fur et à mesure des rentrées. Nos recettes ont diminué d'un tiers environ ; mais nos dépenses sont réduites dans les mêmes proportions ; nos retraités ont reçu, sans trop vives récriminations, leur pension excisée d'un tiers ; quelques-uns ont réparé tant bien que mal la brèche ; ils ont versé un supplément de capital ; d'autres ont préféré attendre encore un peu pour toucher ensuite davantage : la plupart ont accepté la situation telle quelle.

Le bilan que j'ai l'honneur de vous présenter, a encore assez bonne figure, avec ses huit cent quarante mille francs : nous allons, je l'espère, regagner lentement notre million et nous continuerons à vivre, sûrs de l'avenir et, nous pouvons l'affirmer hautement, fiers d'un passé très honorable.

Ce n'est pas une faillite, que nous avons faite, mes chers collègues ; c'est une liquidation volontaire avec remboursement intégral des sommes prêtées ; perte d'une illusion, peut-être, mais aucune perte d'argent. La Caisse seule peut dire qu'elle a perdu ; car elle s'est privée de beaucoup de chances qui étaient à son avantage ; chances mauvaises pour nos collègues, *donc bonnes pour la Caisse*. Je n'insiste pas ; tout le monde l'a compris.

Si nous dressons notre budget pour l'année courante, nous pouvons tabler à peu près rigoureusement sur les chiffres suivants :

Recettes.

Portefeuille, environ	22.000
Cotisations, environ	45.000
Divers (dons et subventions)	500
Total environ	70.000

Dépenses.

Retraites environ	30.000
Frais généraux	4.000
Total environ	34.000

Nous pourrons donc placer environ 36.000 francs et notre bilan donnera, à la fin de l'année, bien près de neuf cent mille francs.

Nous avons perdu dans le courant de l'exercice dernier deux de nos retraités, MM. M. et M. ; qui représentaient une somme de huit cents francs à eux deux. Cette année, vient de décéder un autre de nos retraités, M. G., qui figurait pour la somme de 173 fr. 35. Mais la pension de ce dernier est due à ses héritiers.

D'autre part, nous allons vous proposer huit retraites nouvelles, dont le montant total s'élève à la somme de 4.283 francs.

Le total de nos retraites, qui se montait l'année dernière à la somme de	26.199 15
Va donc, cette année, être diminué de la somme de	800 »
Soit	25.399 15
Mais les retraites nouvelles que vous allez voter soit la somme de	4.283 »
vont porter le chiffre total pour 1906 à la somme de	29.682 15

Deux de nos sociétaires, ayant mal compris les conditions du remboursement que nous avons offert l'année dernière, se sont présentées, cette année, très en retard, comme vous le voyez, pour demander ce remboursement. Ce sont deux veuves de sociétaires, membres elles-mêmes de la Caisse, Mme veuve H., et Mme veuve S.

Vous allez examiner leur demande et leur dossier. Etant donnée leur situation, étant donné que, veuves et sans conseils suffisants, elles n'ont pas pu ou su prendre une décision aussi rapide que bien d'autres (en tous cas, on ne peut pas leur reprocher, comme à certains, de nous avoir mis littéralement le couteau sur la gorge), étant données, en un mot, les circonstances, votre trésorier est d'avis que nous devons accéder à leur demande.

Je suis à votre disposition, mes chers collègues, pour tous les renseignements de détail que vous voudrez bien me demander ; mais, je crois que le rapport que je viens d'avoir l'honneur de vous présenter est assez clair et assez complet pour que chacun puisse être absolument au courant de la marche et de la situation de la Caisse de retraite.

Dr VERDALLE,
trésorier.

ANNEXE

Profits et pertes au 30 septembre 1905.

Pertes.

Par frais généraux, pour balance	3.813 87
Par Caisse des pensions, sa balance	239.518 71
Total	243.332 58

Profits.

Par divers comptes, pour plus-value sur les valeurs du portefeuille	17.263 59
Par divers comptes pour coupons et intérêts des valeurs du portefeuille	23.190 30
Par divers comptes, leur balance	3.899 48
Solde ou excédent des dépenses porté en diminution du compte capital	198.979 30
Egal	243.332 58

Capital au 30 septembre 1905.

Compte créditeur au 1er janvier 1904	1.033.689 52
Le capital a été diminué au 30 septembre 1905, du solde du compte profits et pertes, soit la somme de	198.979 30
Le capital est donc créditeur au 30 septembre 1905, de fr.	834.710 22

Syndicat médical du Var

Assemblée générale du 24 avril 1906

La réunion a lieu à Draguignan, à 10 heures du matin, sous la présidence de M. le Dr Brun-Bourguet, de Fréjus, président. 40 membres sont présents ; 18 sont excusés ; les autres sont frappés, conformément aux statuts, d'une amende de 5 fr. pour absence non justifiée.

Il est procédé à l'admission de cinq nouveaux membres : MM. les docteurs Ayveziau, de Fayence ; Casabiana, d'Ampus ; Chaix, de Varages ; Senglar de Barjols ; et Suart de Saint-Raphaël.

Le président, dans une courte allocution, fait ressortir la vitalité du Syndicat et la nécessité toujours plus grande des groupements médicaux ; il fait appel à l'union de tous ses confrères pour me-

ner à bien l'œuvre de défense entreprise et enfin fait connaître les principaux faits survenus depuis la dernière réunion en octobre 1905.

Le bureau a eu à s'occuper surtout de la lutte engagée entre le Dr Courchet et les S. S. M. de la Garde-Freinet. Dans la précédente assemblée générale, le Syndicat avait été mis au courant des origines du conflit et avait décidé de soutenir les intérêts du Dr Courchet qui, en l'espèce, sont ceux de tout le corps médical. Malgré tous ses efforts, le bureau n'a pu empêcher un officier de santé, M. Ferricelli, de venir s'installer dans cette localité acceptant de soigner pour la somme fixe de 2.500 fr. par an, les 900 mutualistes du pays. M. Ferricelli avait cependant été informé par le Président que le Dr Courchet qui, jusque-là avait assuré le service médical des S. S. M à la visite, refusait tout abonnement, ou, s'il était forcé par les circonstances, n en accepterait pas à un taux inférieur à 5 fr. par an et par tête, parce que cela était contraire à la dignité du corps médical et à l'esprit du Syndicat. Il avait été avisé que, dans leur réunion d'octobre tous les médecins syndiqués sans exception avait pris l'engagement formel de n'avoir aucune relation médicale avec tout confrère qui traiterait avec les S. S. M. à un prix inférieur. Rien ne l'a arrêté. Aussi l'assemblée décide-t-elle à l'unanimité d'observer strictement l'art. XVI des statuts et s'interdit-elle tout rapport médical avec M. Ferricelli.

Cette décision sera portée à la connaissance des absents afin qu'ils s'y conforment.

Sur une plainte du Syndicat, le nommé Icard (Albert), de Cannes, a été poursuivi pour exercice illégal de la médecine et condamné à 100 fr. d'amende et 25 fr. de dommages-intérêts envers le Syndicat.

Le jugement le concernant a été publié *in extenso* dans le précédent numéro du *Concours*.

A la demande des médecins de Saint-Raphaël, le Président priera un docteur anglais qui, tous les hivers, vient exercer à Valescure, sans avoir déposé son diplôme et sans payer patente, à se mettre en règle avec la loi française, s'il ne veut pas être inquiété l'année prochaine.

M. le Dr Colomb, trésorier, est désigné pour représenter le Syndicat au Congrès de l'exercice illégal.

Le bureau est allé faire part à M. le Préfet du Var de l'existence légale de notre Syndicat. Il a reçu de ce haut fonctionnaire l'accueil le plus bienveillant et la promesse que nous ne serons pas ignorés de l'Administration.

Le Président a adressé en temps voulu les félicitations de tous au Dr Courdouan, de Largues, qui a été fait chevalier de la Légion d'Honneur et au Dr Hugues, des Arcs, qui a reçu les palmes académiques. L'Assemblée renouvelle ses compliments sympathiques aux nouveaux promus.

Continuant son rôle de médiateur, le bureau a eu la satisfaction de réconcilier deux confrères entre lesquels s'était élevé un conflit extrêmement grave.

L'intervention du Président a empêché un jeune confrère, qui avait été mal renseigné, de s'installer à côté d'un autre docteur dans une commune où un seul médecin est plus que suffisant.

Une somme de 50 fr. est votée en faveur d'un confrère que la maladie a réduit à la misère.

Lecture est faite d'un jugement du Tribunal de Bourgoin établissent que *les médecins des Compagnies d'assurance contre les accidents qui se sont engagés à traiter à forfait les ouvriers assurés à ces compagnies ne peuvent en aucun cas réclamer des honoraires aux patrons des blessés, quelles qu'aient été l'importance et la durée des soins donnés.*

Le Président profite de ce fait pour engager les confrères qui ne l'auraient pas fait encore à résilier leurs contrats avec les compagnies et à ne plus consentir de forfaits.

M. le Dr Massol, de Roquebrune, est élu secrétaire en remplacement de M. le Dr Pelloquin, démissionnaire.

M. le Dr Bernard, de Salernes, remplacera M. Massol comme administrateur.

Au moment où la séance allait être levée, une discussion s'élève entre les médecins de Flayosc sur une question d'honoraires.

Le Président leur fait remarquer que ni les uns ni les autres ne se sont conformés jusqu'ici au tarif du Syndicat, et que puisqu'ils sont tous présents ils devraient prendre la résolution de l'appliquer intégralement. Après un échange général d'observations, les trois docteurs de Flayosc s'engagent par écrit à s'en tenir rigoureusement au tarif du Syndicat avec réduction de 25 %. Ils prient le président de communiquer cette décision aux Sociétés intéressées en les prévenant qu'elle sera mise en vigueur à partir du 1er mai prochain.

La séance est levée à 11 h. 45 et suivie d'un banquet auquel assistent à peu près tous les membres présents à la réunion.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le Secret Professionnel.

Tribunal de 1re Instance de l'arrondissement de Châlons-sur-Marne.

Jugement du 7 avril 1906 rendu sur les conclusions conformes du procureur de la République.

Attendu que les époux V. D. ont fait citer le docteur G. médecin adjoint à l'asile d'aliénés de C....; à l'effet de se voir faire l'application de l'article 378 du Code pénal visant la révélation du secret professionnel, pour avoir, à la date du 19 octobre 1905, adressé à la dame veuve V. G, une lettre dans laquelle il expose les causes de la mort de son mari.

Qu'ils ont, de plus, assigné la veuve V. G. elle-même comme s'étant rendu complice du dit délit en sollicitant cette lettre et en en devoilant les termes à diverses personnes ;

Qu'ils demandent la condamnation solidaire du dit Dr G. et de ladite dame veuve V. G. à leur payer une somme de deux mille francs à titre de dommages-intérets ;

Attendu que le docteur G..., oppose à l'action en révélation de secret professionnel intentée contre lui une fin de non recevoir basée sur ce que le délit visé par l'article 378 du Code Pénal, participant de la diffamation et de l'injure, la révélation du Secret médical ne serait prohibée qu'autant qu'elle porterait atteinte à la considération du défunt ;

Qu'en fait, les époux V. D. n'étant personnellement ni visés, ni atteints, par aucun passage de la lettre incriminée leur action serait irrecevable ;

Que le docteur G. prétend qu'au fond la demande ne serait pas mieux justifiée, attendu qu'il n'aurait pas révélé de secret professionnel en adressant sur sa demande à madame veuve V. G. la lettre incriminée, puisqu'étant donné l'état mental du mari, ladite dame « s'était trouvée substituée à celui-ci dans ses rapports avec le médecin de l'Asile » ;

Qu'il demande reconventionnellement, pour abus de citation directe, une somme de un franc à titre de dommages-intérêts ;

Attendu que, de son côté, la dame veuve V.G., invoquant notamment le caractère confidentiel de ladite lettre, soutient ne s'être rendue complice d'aucune révélation de secrets et réclame également la somme de deux mille francs à titre de dommages-intérêts pour abus de citation ;

Sur la recevabilité de l'action ;

Attendu que les époux V. D. exercent les présentes poursuites contre le docteur G ... ; et la dame veuve V. G., en raison non point d'une diffamation, commise envers la mémoire du défunt, mais de révélation punie par l'article 378 du Code Pénal ;

Que s'agissant d'un délit de droit commun, toute personne lésée par le dit délit doit pouvoir, conformément à l'article premier du code d'Instruction criminelle, exercer l'action civile en réparation du préjudice qui a été ou a pu lui être causé par le délit ;

Que si, en écrivant la lettre en question, le Docteur G. s'était rendu coupable du délit qui lui est reproché, la révélation des faits contenus dans ladite lettre aurait pu porter préjudice aux époux V. D., père et mère du défunt.

Que l'action est donc recevable ;

Au fond,

Attendu qu'il est constant qu'après sept mois de mariage, Gustave V. a été interné à titre de pensionnaire sur la demande de sa femme à l'asile des aliénés de G. où il est décédé au bout de 15 jours, le 17 septembre 1905; que pendant son internement, sa femme, à l'exclusion de tout autre membre de sa famille, lui rendit visite et s'inquiéta de son état de santé ; qu'après son décès, des dissentiments de famille s'élevèrent entre sa veuve et les époux V. D. ; que ceux-ci ont notamment reproché à la veuve V. G. d'avoir, par suite de certains excès, amené la maladie et la mort de leur fils, ainsi qu'on en voit la trace dans une correspondance échangée entre les époux V. D. et le père de la dame V. G. ; que, sur la demande de ladite dame, le docteur G. a alors écrit à celle-ci la lettre dont son père aurait remis à son insu la copie, puis la photographie aux époux V. D. en vue de faire cesser les propos injurieux qu'ils avaient tenus sur elle ;

Attendu que le docteur G. a, dans cette lettre, non pas révélé des secrets, mais parlé en secret de choses déjà connues par la veuve V. G., soit parce qu'elle en avait été témoin, soit parce qu'elle les avait sues dans leurs conversations journalières ; qu'en effet, le médecin ne peut avoir de secret pour une femme soignant son mari atteint d'aliénation mentale, lui dit, tout ce qu'il pense et ne lui cache rien de l'état du malade dans l'intérêt même de celui-ci : que, d'autre part, l'aliéné livre souvent lui-même, à son issu, des secrets physiologiques, s'il en a, soit par des paroles incohérentes, soit par des gestes, que nécessairement la femme se trouve ainsi amenée à connaître les causes de la maladie de son mari, quelqu'intérêt qu'il puisse y avoir pour celui-ci à ce qu'elles soient tenues secrètes, qu'il en a été de même dans l'espèce et que, comme le dit le docteur G. dans la lettre incriminée, la dame V. G. a forcément connu au cours des soins donnés par elle à son mari, les causes de la maladie de celui-ci, telles qu'elles sont rappelées dans ladite lettre ;

Que s'agissant de faits déjà connus par ladite dame, l'exposé qu'en a fait dans sa lettre le docteur G, ne saurait donc constituer la révélation d'un secret; qu'il convient, au surplus, de remarquer qu'il rappelait ces faits, non pas dans un certificat, mais bien dans une lettre devant être, au regard de la destinataire, un dépôt essentiellement secret, que ce qui y est écrit n'est que le rappel et le prolongement de conversations tenues auparavant, n'ayant que le caractère d'une pensée correcte et irréprochable, jusqu'à ce que, par le fait de la demande en communication qui en a été faite par les plaignants, le secret en ait cessé ;

Qu'en effet, il résulte de diverses cartes postales produites aux débats par la veuve V. G. que les époux V. D. ont, d'une façon pressante, réclamé à M. G., père de la veuve V. G., la photographie dont il s'agit ;

Que les époux V. D. ne doivent, par conséquent, s'en prendre qu'à eux-mêmes et à leurs agissements blâmables de la communication qui leur a été faite d'une lettre, qui à l'origine et dans la pensée de son auteur, n'était pas destinée à être publiée;

Attendu que, dans ces conditions, il n'y a pas eu de la part du docteur G. révélation du secret professionnel, qu'en l'absence de délit principal il ne saurait être question de complicité ; qu'il y a lieu, dès lors, de renvoyer le docteur G. et la dame veuve V. G. des fins des présentes poursuites ;

Sur la demande reconventionnelle formée par le Docteur G. et la dame veuve V. G.

Attendu qu'étant donné les termes dans lesquels le docteur G. adressait à la veuve V. G. la lettre dont s'agit, et les diverses circonstances de la cause rappelées ci-dessus, les époux V. D. n'ont pu sérieusement croire qu'il y avait eu, de la part du médecin, violation de secret professionnel; que les présentes poursuites ont été engagées par eux sinon de mauvaise foi, tout au moins à la légère ; qu'en ce qui concerne le docteur G. ils ont porté à son honorabilité de médecin une grave atteinte dont ils lui doivent réparation ; que celui-ci, toutefois, ne réclamant qu'un franc de dommages intérêts, le tribunal ne saurait lui allouer davantage; qu'ils ont également causé un grave préjudice à la veuve V. G. en *lui imputant d'avoir cherché* à ternir la mémoire de son mari, qu'elle a, au contraire, soigné avec dévouement durant tout le cours de sa maladie ; que le tribunal a les éléments suffisants pour évaluer ce préjudice à la somme de cinq cents francs ;

En conséquence,

Déboute purement et simplement les époux V.D. de leur demande, relaxe le docteur G.; et la veuve V.G. des fins des présentes poursuites.

Et recevant l'un et l'autre reconventionnellement demandeurs.

Condamne les époux V. D., conjointement et solidairement, au paiement d'un francs à titre de dommages-intérêts pour abus de citation directe au regard du docteur G. ; condamne les époux V. D. conjointement et solidairement au paiement de cinq cents francs à titre de dommages-intérêts, pour abus de citation directe au regard de la dame veuve V. G. ; condamne en outre les époux V. D. parties civiles, à tous les dépens.

REPORTAGE MÉDICAL

Association Générale *de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.* (Paris, mai 1906.) — MONSIEUR ET TRÈS HONORÉ CONFRÈRE. Nous avons l'honneur de vous annoncer que l'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu les 27 et 28 mai prochain (1), à 2 heures précises, dans la salle des Concours de l'Assistance publique (ancienne Académie de médecine), rue des Saints-Pères, 49.

Vous trouverez ci-dessous l'ordre du jour de la session.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, la nouvelle assurance de nos sentiments dévoués.

Le Trésorier, Dr BLACHE. — *Le Secrétaire Général*, Dr LEREBOULLET. — *Le Président*, Dr BROUARDEL.

MM. les Présidents et Délégués des Sociétés unies sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans la Salle où se tiendra l'Assemblée, le 27 mai, *à une heure et demie.*

Le règlement qui fixe les conditions dans lesquel-

(1) La date de la réunion de l'Assemblée générale a dû être exceptionnellement retardée, en raison des élections législatives, fixées aux 6 et 20 mai 1906.

les sont tenues les Assemblées générales sera envoyé à tous les Délégués signalés par les Sociétés.

Ces Délégués recevront, en outre, une carte qui leur donnera accès à la Salle des séances.

MM. les Présidents et Délégués sont invités à assister au banquet qui aura lieu le dimanche 27 mai,à sept heures et demie, au Palais d'Orsay. Ils devront prévenir de leur acceptation avant le 25 mai, M. le Dr Blache, 5, rue de Surène, Paris.

Le Conseil prie les membres de l'Association qui désireraient assister au banquet du 27 mai, d'envoyer leur adhésion à M. le Dr Blache, 5, rue de Surène, Paris, *avant le 20 Mai.* — La cotisation est de 15 francs.

Quarante-septième Assemblée Générale. — Ordre du jour (1). (La séance sera ouverte à *deux heures*).

PREMIÈRE PARTIE. 1° Allocution de M. le Professeur Brouardel, Président ; 2° Lecture du procès-verbal de la dernière Assemblée générale (2) ; 3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Blache, trésorier général ; 4° Rapport sur la gestion financière du Trésorier, par MM. Hallopeau et Périer,et approbation des comptes de l'exercice 1904-1905, publiés dans le *Bulletin* n° 17 (p. 201-224) ; 5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1905, par M. Lereboullet, Secrétaire général.

DEUXIÈME PARTIE. 6° Élection du Trésorier général, d'un Secrétaire et de sept membres du Conseil général.

Candidats présentés par le Conseil général :

Trésorier général ; M. Blache, trésorier général sortant, arrivé au terme de son mandat.

Secrétaire : M. G. Lepage, membre du Conseil général,proposé pour Secrétaire.

MM. Champetier de Ribes, Créquy,Gassot, Hallopeau, Langlet et A.-J. Martin,membres sortants, arrivés au terme de leur mandat.

M. Darras, membre de la Commission administrative de la Société Centrale, en remplacement de M. Lepage, proposé pour Secrétaire. (*Les Membres du Conseil sont immédiatement rééligibles*).

7° Rapport de M. Rist, sur les pensions viagères demandées à l'Assemblée ; discussion et vote des propositions ; 8° Élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1906 ; 9° Rapport de M. A.-J. Martin, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les Sociétés unies à la prise en considération de l'Assemblée Générale ; 10° Examen et discussion du projet de contrat avec l'Association amicale pour l'Indemnité-maladie et la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français (voir *Bulletin*, n° 19). 11° Questions diverses.

A sept heures et demie précises, le banquet au Palais d'Orsay (Hôtel de la nouvelle gare d'Orléans, en face le Palais de la Légion d'Honneur). Tenue de Ville).

« Un singulier procès ». — L'Administration de la Regie poursuivait un pharmacien, inventeur des cigarettes hygiéniques au *Globulomenthol*, sous le prétexte que le tabac est mis en péril. Il y a là un terrible argument contre les monopoles d'État s'opposant au progrès et au bien-être public. Pour qui connaît ces Cigarettes nettement medicamenteuses, on est étonné de voir les contradictions de l'État qui érige à grands frais des sanatoriums, et d'autre part poursuit un modeste praticien qui apporte sa contribution à la lutte anti-tuberculeuse, sous le fallacieux prétexte que les intérêts du Trésor sont menacés. Périssent les citoyens plutôt que les maladies ! C'est bien là la honteuse morale du fisc. Inutile d'ajouter que le Syndicat des Pharmaciens de la Seine intervient au procès et revendique pour ses membres, comme l'une de leurs prérogatives, jamais contestée jusqu'ici, le droit de fabriquer toutes cigarettes médicamenteuses, dont l'intérêt thérapeutique est reconnu. Une plaidoirie très serrée a été prononcée par Me Poignard, l'avocat du Syndicat des Pharmaciens, mais celle de l'Administration manquait d'ampleur et d'arguments.

« Jugement remis à quinzaine. Inutile d'ajouter que le Ministre des Finances, M. Poincarré, n'est nullement au courant des tracasseries de son administration vis-à-vis une multitude de citoyens coupables de contribuer, par leur initiative, à la prospérité nationale. »

La Régie sera certainement déboutée de ses prétentions.

Association coopérative de consommation du corps médical. — Elle a tenu sa première assemblée générale le 18 mars au siège social, 97, rue Lafayette. M. le Dr Poitevin en a été élu président après avoir rempli la difficile tâche de fondateur, et il rend compte, dans l'*Aurore médicale* d'avril, des décisions prises par les confrères qui ont répondu à son appel.

En attendant l'assemblée générale *constitutive*, le comité d'organisation se réunira à l'Institut de mécanothérapie 23,rue Notre Dame des Victoires, Paris.

(1) Les questions qui n'auront pas pu être résolues dans la séance du dimanche 27 mai seront discutées le lundi 28.

(2) Voir *Bulletin* n° 16, pages 103 à 169.

Faculté et Hôpitaux

Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Cours Pratique d'Oto-Rhino-Laryngologie.

Le Dr Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera, le *mardi 22 mai 1906, à 3 h. 3/4* son *cours pratique d'oto-rhino-laryngologie* (amphithéâtre Chomel).

Le cours comprendra *10 leçons* essentiellement *pratiques* (diagnostic, examen des malades, petites interventions) et aura lieu les mardi, jeudi et samedi à 3 3/4.

S'inscrire à la consultation laryngologique de l'Hôpital, les mardis et samedis de 5 h. à 6 h.

Droits d'Inscription : 30 frs.

— M. P. Legendre reprendra ses conférences de pratique médicale thérapeutique et déontologie le samedi 19 mai, à 10 h.1/2, à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière.

— M. Louis Rénon a repris ses conférences cliniques sur les maladies du cœur et des poumons.

— Le concours pour la nomination de deux ophtalmologistes des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Dupuis-Dutemps et Poulard.

— M. Anselme Schwartz, prosecteur,commencera,le lundi 21 mai, à l'Ecole pratique, à 8 h. 1/2, un cours d'opérations d'urgence et de pratique courante. Après le cours, les élèves répèteront les opérations sous la direction du prosecteur.

— Les droits à verser sont de 50 francs.

— M. le Prof. Roger, assisté de MM. Josué et Garnier, chef et préparateur du laboratoire et de M. Trémollières, moniteur, commencera,le lundi 28 mai, à 3 heures,un cours pratique de bactériologie médicale. Ce cours sera suivi d'exercices pratiques. Il aura lieu au laboratoire de Pathologie expérimentale, à l'Ecole pratique (escalier A) et sera complet en 30 leçons.

On s'incrit au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 h. Les droits à verser sont de 80 francs.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur GAGE, de Pouydessaux (Landes), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3 place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année N° 21 27 MAI 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

Société Civile du « CONCOURS MÉDICAL »

Séance du Conseil de Direction du 26 avril 1906.

Présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne, Cézilly, Diverneresse.

Le Conseil prend connaissance de tous les documents relatifs à la préparation du Congrès d'exercice illégal, au projet de commission mixte médico-mutualiste dont feraient partie MM. Diverneresse et Jeanne, à la démarche faite près du ministre de l'Instruction publique pour la réforme des études médicales.

Il décide de partager avec le « Sou médical » le complément des dépenses qui résulteront :

1° Du tirage complet du numéro dit *électoral* destiné à porter aux candidats à la députation les revendications professionnelles relatives à la révision de la loi-accidents et à celle de la loi mutuelle ;

2° Du service de certains numéros du *Concours* aux dignitaires de la Mutualité ;

3° De l'envoi régulier de certains autres aux présidents des cours d'appel et des tribunaux de première instance ;

4° D'une lettre d'avis à ces magistrats, afin de les prévenir de cet envoi et du but que nous nous proposons d'atteindre par lui.

Le Conseil donne mandat à la rédaction de rappeler aux membres de la Société que l'heure est venue pour eux de formuler leurs demandes:

De profiter du voyage d'études médicales (2 bourses) ;

De séjours gratuits à Eaux-Bonnes, chez M. le Dr Leriche (juillet et août) ;

De séjours gratuits aux Corbières (2 en juillet, 2 en septembre).

MM. Jeanne et Diverneresse sont chargés d'étudier et de préparer l'organisation de relations avec le Groupe médical parlementaire, suivant un mode périodique et constant.

De plus, ils reçoivent mandat de rechercher toutes collaborations utiles pour la rédaction d'une proposition de loi qui consacrerait de la façon la plus générale que possible l'inviolabilité du droit de tous les malades ou blessés de choisir librement leur médecin.

Sur l'information portant que les Sociétés pharmaceutiques doivent faire déposer très prochainement une nouvelle proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie, le Conseil décide d'entrer en pourparlers avec ceux des pharmaciens qui poursuivent depuis deux ans, avec lui, l'entente entre les deux professions, et prie M. Gassot de faire toutes convocations nécessaires.

Le Conseil ratifie la vente de quatre titres effectuée par le trésorier et fixe le mode de remploi.

Il décide la création d'un *service de vérification de notes d'honoraires.*

Après réponse à toute la correspondance, la séance est levée à midi.

Le secrétaire trésorier, Dr MAURAT.

LA SEMAINE MÉDICALE

Petit moyen d'arrêter le hoquet ; hoquet hystérique.

Divers traitements, aussi nombreux qu'inefficaces, ont été préconisés pour arrêter le hoquet. Notre intention n'est pas de les passer en revue, mais simplement de signaler un procédé mis à la portée de tous, et qui pourra rendre grand service au praticien dans le traitement du hoquet hystérique.

Chaque médecin s'est fréquemment trouvé en présence d'une personne ayant un accès de hoquet, et celle-ci n'a pas manqué de lui poser la question : Comment arrêter le hoquet ? Chacun aussi a conseillé divers moyens, depuis le verre d'eau et la goutte de chloroforme jusqu'à la compression du nerf phrénique, et souvent aussi le hoquet a continué sa secousse rythmée chez l'interlocuteur peu convaincu.

Avec mon ami Fournioux, pharmacien, nous avons expérimenté sur nous-même d'abord, sur de nombreux sujets, ensuite, le procédé suivant :

Prendre un morceau de sucre, le tremper dans du vinaigre, le mâcher rapidement et l'avaler.

Le hoquet s'arrête instantanément et l'efficacité de ce moyen si anodin n'a jamais été mise en défaut.

Nous n'aurions probablement pas songé à publier ici un procédé aussi simple et dont le seul effet serait d'arrêter un réflexe physiologique que son caractère parfois pénible ne saurait faire rentrer dans le cadre de la pathologie. Mais son emploi avec succès dans un cas de hoquet hystérique permet de le ranger parmi les moyens thérapeutiques en usage pour combattre ce symptôme de la grande névrose, dont on connaît la persistance et souvent la résistance à tout traitement.

Nous n'avons pas à faire, dans cette modeste communication, l'étude du hoquet ou sanglot hystérique. Le lecteur pourra se reporter aux traités didactiques et aux publications nombreuses sur ce sujet pour voir combien le hoquet hystérique est violent, douloureux et persistant souvent pendant des heures, des jours et même pendant plusieurs semaines. Il se produit parfois à l'état d'hystérie locale ou sous autre symptôme ; souvent aussi, il survient au milieu du grand accès hystérique, et imprime au tableau déjà dramatique un caractère nouveau fort pénible pour le patient et même alarmant pour l'entourage. Sa ténacité désespérante fait mettre en œuvre tout l'arsenal thérapeutique, depuis les moyens les plus simples, jusqu'à la faradisation du nerf phrénique, et malgré tout, sa persistance vient dérouter les efforts les plus prolongés.

Voici maintenant le résumé de notre observation :

Appelé à la campagne, le 30 mars 1906, auprès d'une jeune fille de 21 ans, nous constations qu'elle était en plein accès de grande hystérie, caractérisé par des crises convulsives, accompagnées de pleurs et de vomissements incessants. Nous prescrivons quelques calmants et une potion mentholée. A notre visite du lendemain matin, les vomissements persistent aussi fréquents et la malade rend immédiatement tout ce qu'elle absorbe : médicaments, lait ou aliments. Nous avons recours à la potion de Rivière. Dans la soirée du même jour, vers six heures du soir, nous sommes mandé en toute hâte pour un nouveau symptôme qui fait beaucoup souffrir la patiente et s'accompagne de fréquentes lipothymies, le tout ayant beaucoup alarmé son entourage. A notre arrivée, nous diagnostiquons facilement un hoquet hystérique, survenu dès l'absorption des premières cuillerées de la potion de Rivière. Nous insistons sur ce début, car plusieurs auteurs ont signalé l'ingestion de boisson gazeuse dans la genèse du hoquet hystérique. Le hoquet persistant depuis quatre heures environ, était violent et d'un timbre rauque. Chaque secousse se répétait à dix secondes d'intervalle, sous forme de sanglot qui provoquait une sensation de déchirement au niveau du creux épigastrique.

N'ayant sous la main aucun médicament et loin de toute pharmacie, l'idée nous vint alors d'essayer le procédé qui nous avait réussi dans le hoquet ordinaire. Nous avons donc trempé un morceau de sucre dans du vinaigre et prié la malade de l'avaler rapidement. Afin de ne pas agir par suggestion, nous avons évité de parler du résultat cherché. Du reste, en pareil cas, notre confiance en ce procédé était fort limitée ; mais grand fut notre étonnement de voir le hoquet s'arrêter instantanément, après deux seules secousses rythmées à intervalle de dix secondes, mais à peine perceptibles, et l'accès fut terminé.

Nous signalons donc au praticien ce procédé que sa simplicité met toujours à la portée de la main pour arrêter le hoquet ordinaire, et nous lui demandons de vouloir bien en faire l'expérience, comme moyen thérapeutique, dans les accès persistants du hoquet hystérique.

Dr ARGELLIER (de Billom).

(In *Lyon médical.*)

Sur la pyélonéphrite gravidique.

Deux éléments pathogéniques président à l'apparition de la pyélonéphrite gravidique. C'est d'abord un facteur microbien : bacterium coli, microorganisme ordinaire de la suppuration. C'est ensuite un facteur d'ordre physique, qui détermine la localisation des germes pathogènes ; la compression des uretères par l'utérus gravide, et la stase consécutive de l'urine (Cruveilhier) ; cette circonstance pathogénique s'observerait plus fréquemment à droite qu'à gauche.

La pyélonéphrite gravidique apparaît ordinairement vers le 5e ou 6e mois de la grossesse ; les multipares en paraissent plus souvent atteintes (18 fois sur 83).

L'évolution de l'affection est très variable. Son début se traduit par des frissons et par une fièvre élevée. Parfois cependant il revêt un caractère insidieux, et l'examen fortuit des urines permet seul de découvrir la maladie. Les malades se plaignent de douleurs diffuses dans l'abdomen, douleurs qui se localisent bientôt à une seule région lombaire, le plus souvent à droite. Il n'est pas rare de trouver au début des phénomènes de cys-

tite, tels que des mictions fréquentes et douloureuses. L'état général est souvent atteint ; langue saburrale et sèche. L'appétit est mauvais ; les malades maigrissent, éprouvent des malaises et des vomissements. La fièvre est volontiers intermittente : de fortes élévations de température alternent avec des intervalles apyrétiques. Bref, on a le tableau de l'uro-septicémie.

La quantité des urines est diminuée au commencement de la maladie ; dans la suite, elle peut augmenter d'une façon considérable : c'est la « polyurie trouble ». L'urine est en effet trouble dans toute sa masse ; elle ne se clarifie ni par le repos, ni par la filtration ; on a comparé son aspect à celui d'un milieu de culture bactérienne. Règle générale, sa réaction est acide. Dans son sédiment plus ou moins abondant, on rencontre par ordre de fréquence des globules blancs, des bactéries (le bacterium coli en particulier), un dépôt cristallin surtout formé d'oxalates, des cellules épithéliales de la vessie et du bassinet, quelques rares cylindres. Le plus souvent existe une albuminurie légère.

A l'examen du malade, la région du rein droit est fréquemment sensible à la pression. L'extension qu'a subie l'abdomen en raison de la grossesse, rend la palpation très difficile, et l'examen bimanuel du rein souvent impossible suivant le mode ordinaire. Dans un grand nombre de cas, les douleurs s'irradient depuis la région lombaire vers les organes génitaux externes et la partie supérieure de la cuisse. Le trajet des uretères est particulièrement sensible à la pression.

Souvent la pyélonéphrite procède dans la grossesse sous formes de crises ; après une période violente, « l'orage s'apaise, le calme renaît », comme dit Legueu. Les malades paraissent alors guéries, tandis que, subitement, sous l'influence de la moindre cause occasionnelle, dans le cours de la même grossesse, apparaît une nouvelle crise avec frissons, fièvre élevée, et tous les autres symptômes.

Quant aux formes de pyélonéphrite latente, qui évoluent sans fièvre, sans grands malaises, elles sont rarement observées dans la grossesse.

Généralement, l'accouchement amène une amélioration notable dans la pyélonéphrite gravidique, si déjà les moyens thérapeutiques employés n'ont pas produit la rétrocession ou la guérison de la maladie. C'est là une chose facile à comprendre, si l'on se rappelle la pathogénie du mal : la compression des uretères a cessé, les voies urinaires sont libres, l'urine s'écoule sans obstacles.

Cette amélioration subite à l'accouchement fut particulièrement appréciable chez une malade, âgée de 24 ans, qui se trouvait à la clinique du Dr Ruppannev (*Münch. med. Woch.*, 1906). Celle-ci avait été hospitalisée à la fin de sa deuxième grossesse, et l'on avait primitivement diagnostiqué chez elle une fièvre typhoïde, puis une tuberculose miliaire. A l'hôpital, les symptômes classiques de la pyélonéphrite furent de toute évidence. La malade avait des frissons, une fièvre élevée, de la pyurie, de la sensibilité du rein droit à la palpation. Immédiatement avant l'accouchement la température était encore de 39°6. Après la délivrance elle tomba à 36°, et mise à part une élévation à 38°2 survenue le lendemain, elle resta définitivement normale.

Naturellement, il ne faut pas croire que l'accouchement fasse disparaître l'affection, mais il l'arrête dans son évolution : « *cessante causa, cessat effectus* ». Il existe des exceptions à cette règle, et il est rare qu'une pyélo-néphrite, constatée dans les suites de couches, n'ait pas débuté au cours de la grossesse.

Cette affection peut présenter un certain nombre de complications. C'est, en première ligne la cystite, qui parfois constitue moins une complication que le début de la maladie ; quoiqu'on puisse aussi l'observer dans les cas où l'infection est d'origine hématogène et ne suit pas une voie ascendante. Un cas de Ruppannev se compliqua d'une endocardite aiguë : c'est une femme de 20 ans, primipare, qui fut admise à la clinique au au commencement du 8e mois, avec des signes de pyélonéphrite double, compliquée de cystite ; trois semaines plus tard, on lui trouvait une endocardite aiguë. Dans les urines, l'examen bactériologique décelait la présence de bactérium coli et de diplocoques. Il n'était pas impossible que l'endocardite ulcéreuse ait été la maladie primitive, car cette variété d'endocardite joue un rôle important à côté de tous les processus de suppuration pour la production d'embolies rénales : la bilatéralité des lésions donnerait même, dans le cas particulier, quelqu'apparence de vraisemblance à cette hypothèse. Si les symptômes cardiaques avaient été légers au début, l'affection avait pu passer inaperçue. D'autre part, il est possible, comme l'affirme Lenhartz, qu'une coli-infection, ayant comme point de départ l'appareil urinaire, détermine une métastase au niveau de l'endocarde.

La pyélo-néphrite peut se répéter à l'occasion de grossesses successives.

Quant à l'influence exercée par cette affection sur l'évolution de la grossesse, on observerait dans 20 % des cas l'accouchement prématuré. C'est là peut-être une appréciation un peu pessimiste. Toujours est-il que le pronostic pour l'enfant n'est pas très favorable, puisque spontanément la grossesse peut se terminer avant terme ; quand d'ailleurs l'enfant n'arrive pas mort, il est possible qu'il ne survive pas longtemps.

Si la pyélo-néphrite gravidique ne met pas la vie de la mère directement en danger, elle n'en constitue pas moins une maladie sérieuse. Elle persiste rarement sous la forme aiguë, mais, dans nombre de cas, elle revêt une allure insidieuse, tandis que la pyurie et l'albuminurie persistent.

Disons enfin quelques mots sur la thérapeutique. Celle-ci peut se diviser en interne, obstétricale et chirurgicale. Tout d'abord pour écarter autant que possible un des facteurs de l'affection, il convient de diminuer autant que possible la pression exercée sur l'uretère, soit en prescrivant à la malade de se coucher sur le côté opposé à celui du rein lésé, soit même en lui ordonnant la position horizontale, dans laquelle le corps de l'utérus plonge moins dans le bassin que dans la position droite. Il faut ensuite désinfecter les voies urinaires au moyen de salol et d'urotropine, l'helmitol donne également de bons résultats, mais Ruppannev recommande tout spécialement l'acide salicylique sous la forme d'aspirine. Cette médication peut occasionner des douleurs stomacales, mais on les combat au moyen d'acide citrique. Si des phénomènes de cystite apparaissent, il est indiqué de soumettre la vessie à un traitement spécial.

Enfin on prescrit un régime, qui laisse le parenchyme rénal au repos. On ordonne des boissons abondantes, et surtout des eaux minérales pour opérer une sorte de lavage des reins : les eaux calciques en particulier exerceraient une action astringente efficace. En combattant aussi la douleur, la diarrhée, la constipation, on obtient le plus souvent d'excellents résultats. D'autres fois, il faut faire l'accouchement artificiel, ou pratiquer une intervention chirurgicale.

L'accouchement provoqué, en libérant l'utérus, améliore d'une façon certaine la maladie ; mais il faut être très réservé à l'égard de cette pratique (puisque l'on sait que la vie de la mère n'est presque jamais en danger), même si l'âge de l'enfant ne laisse pas grand espoir sur sa viabilité. On se rappellera aussi que l'accouchement n'amène pas forcément une sédation des symptômes et que dans les cas graves de pyélonéphrite l'accouchement prématuré peut se produire spontanément. La fièvre élevée, et un mauvais état général peuvent-ils servir d'indication pour cette intervention ? C'est là une question qui divise encore à l'heure actuelle les praticiens.

Le traitement chirurgical de la pyélonéphrite gravidique n'a été jusqu'à présent pratiqué que d'une manière exceptionnelle. Quelques chirurgiens ont fait la néphrotomie ; rarement ils ont dû faire la néphrectomie secondaire, car les résultats de la première intervention avaient été satisfaisants. Quoique la grossesse ne soit plus une contre-indication pour les opérations sur les reins, celles-ci ne seront pratiquées que dans les cas de complications (hydronéphrose, empyème du bassinet, abcès rénal).

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine :

M. le Pr agrégé P. TEISSIER.

Séméiologie des chocs diastoliques.

(BRUITS DE GALOP.)

Nous venons d'examiner *dans* les salles trois malades, dont l'état cardiaque offre un certain intérêt : une femme, d'abord, atteinte de septicémie puerpérale, dans le cours de laquelle se sont développés une dilatation du ventricule droit et un bruit de galop ; un homme ensuite qui, en pleine crise rhumatismale, a eu une dilatation cardiaque et un bruit de galop droit ; un autre homme, enfin, qui présente le syndrome ordinaire de la néphrite chronique atrophique avec un bruit de galop et une hypertrophie du ventricule gauche.

De l'histoire de ces trois patients, je retiendrai seulement ce qui peut nous intéresser pour cette leçon.

La première malade a commencé une grossesse en juin 1905. Six mois plus tard, elle eut une pleurésie droite avec épanchement, qui fut ponctionnée et guérit. Elle est entrée dans le service peu après son accouchement pour une septicémie puerpérale : elle présentait, en dehors de son état utérin, des modifications considérables de la matité cardiaque ; celle-ci était notablement agrandie selon son diamètre transversal, avec débord de l'oreillette droite en dehors du sternum, le tout traduisant une dilatation des cavités droites du cœur ; il y avait, en outre, un choc diastolique ou bruit de galop droit. Nous avons fait un nouvel examen quelques jours après, au moment où — grâce au curetage de l'utérus et à une injection intra-veineuse de collargol — la température s'était très abaissée ; nous avons constaté une atténuation du bruit de galop et une diminution du volume du cœur.

Pour ce qui est du rhumatisant, je note simplement dans ses antécédents une première crise de rhumatisme à l'âge de 9 ans. Il y a une semaine environ, il commença une deuxième crise intéressant les genoux, les articulations tibio tarsiennes et les poignets, avec une température de 40°. L'exploration du cœur montrait ici également un agrandissement de la matité transversale du cœur et un bruit de galop à droite. On constatait aussi des signes de lésion mitrale, reliquat de la première attaque de rhumatisme. Aujourd'hui, le cœur a repris ses dimensions normales et on ne trouve plus trace de dilatation, ni de bruit de galop.

Le dernier malade est un brightique, chez qui le ventricule gauche est hypertrophié : la pointe bat dans le 6e espace intercostal et la matité cardiaque est augmentée dans le sens vertical. Il y a bruit de galop gauche.

Voilà donc trois malades qui, sous des influences diverses, ont eu des modifications de volume du cœur et ont présenté des signes de même nature, quoique de sièges différents. Ces trois cas me fournissent l'occasion de vous parler des bruits de galop : je vais essayer de vous en exposer les caractères, le mécanisme, la signification, la valeur diagnostique et pronostique.

La dénomination de bruit de galop fut adoptée par Bouillaud, dès 1847, pour désigner un bruit spécial ressemblant au galop du cheval. C'était l'époque où les cliniciens empruntaient volontiers leurs comparaisons à la nature, à l'industrie, créant ainsi les termes de bruits de scie, de cuir neuf, de rappel, de galop, etc. En 1873, Potain publia un premier travail sur ce sujet. C'est donc à tort, que Frœntzel réclame la priorité de cette découverte pour Traube, dont le mémoire date de 1876, et qui en parla seulement vers 1856, onze ans après Bouillaud.

Alors que nous donnons en France à ce phénomène stéthoscopique le nom de bruit de galop, en Allemagne, on l'appelle rythme de galop — qualification beaucoup plus défectueuse, car elle crée de fâcheuses confusions. Le mot « rythme » de galop est un terme trop général ; il englobe tous les rythmes à trois temps ; un frottement, un bruit adventice quelconque se plaçant dans le diastole peut lui donner naissance. Pour rester

clairs, tenons-nous-en, en l'espèce, aux idées françaises.

Quels sont les caractères du bruit de galop ?

C'est un bruit de choc, de tension, qui se passe en dehors des deux bruits valvulaires et s'y surajoute. Ce bruit donne plutôt une sensation tactile qu'acoustique : aussi, lorsque vous prenez pour ausculter le cœur un stéthoscope flexible, en caoutchouc, — les bruits de chocs ne se transmettant plus dans ces conditions — vous cessez de le percevoir.

Le bruit de galop se place soit dans la diastole (bruit de galop diastolique, le plus fréquent), soit dans la systole (bruit de galop systolique, le plus rare). On distingue, en outre, trois sous-variétés du bruit de galop diastolique, suivant qu'il se montre au début (galop proto-diastolique), au milieu (galop méso-diastolique) ou à la fin (galop télé-diastolique ou présystolique) de la diastole. Le galop présystolique est le plus commun, c'est celui qui rappelle le mieux le galop du cheval. D'ailleurs, la précipitation ou le ralentissement des révolutions cardiaques sont susceptibles de changer le temps de la diastole, auquel le bruit de galop se produit, de rendre, par exemple, un galop présystolique, protodiastolique ou mésodiastolique.

Le bruit de galop peut présenter trois sièges différents : il est entendu au niveau du ventricule gauche (bruit de galop gauche), au niveau du ventricule droit (bruit de galop droit), ou au niveau de la région supérieure aortique (galop systolique). Pour M. Henri Chauveau, il n'y a pas de bruit de galop droit et gauche, mais un bruit de galop mieux perçu à droite ou à gauche. Nous répondrons à cela que la distinction d'un bruit de galop droit et d'un bruit de galop gauche ne se base pas seulement sur le maximum du bruit, mais sur d'autres éléments de diagnostic différentiel, entre autres sur l'hypertrophie ventriculaire correspondante et concomitante.

J'arrive à une question qui a été l'objet de grandes divergences. Je veux dire la pathogénie du bruit de galop. On a invoqué, pour l'expliquer, des théories diverses. En 1874, Sibson admit que le bruit de galop était dû à l'asynchronisme valvulaire : c'était confondre le bruit de galop avec le dédoublement du premier bruit, dont il est nettement distinct cliniquement, comme nous le verrons. Cette idée fut complètement abandonnée jusqu'au jour où Leyden la rénova en parlant non plus d'asynchronisme valvulaire, mais d'asynchronisme ventriculaire : je ne m'arrêterai pas sur l'explication de Leyden, aucun fait ne permettant de penser qu'un asynchronisme ventriculaire ait jamais existé. Plus tard, M. d'Espine, de Genève, présenta une autre théorie, que reprirent MM. Bouveret et Chaballier, de Lyon. Selon ces auteurs, le bruit de galop est le résultat de la décomposition du bruit ventriculaire normal en ses deux parties constituantes (bruit de fermeture des valvules et bruit de tension du myocarde). Sans discuter ici plus longuement la théorie de M. Bouveret, je remarquerai simplement que, s'il s'agissait d'une décomposition de ce genre, le galop devrait comprendre un premier bruit clair (valvulaire) et un second bruit sourd (myocardique) : or, c'est le contraire dans la réalité.

De l'avis général, d'ailleurs, le bruit de galop — réserve faite du bruit de galop systolique, que nous admettons mais qui est distinct du bruit de galop ordinaire — se place non dans la systole, mais dans la diastole. C'est l'opinion de MM. Johnson, Jacquet, Krieg, Chauveau, etc. M. Henri Chauveau, dans sa thèse, pose, comme irréfutables, les points suivants : le bruit de galop est bien un choc et un choc diastolique, conformément aux idées de Potain. Toutefois, il croit devoir attribuer ce choc aux muscles papillaires des valvules, hypothèse difficilement défendable.

En somme, pour expliquer le bruit de galop, c'est à la théorie de Potain qu'il faut se rallier : ce bruit est le résultat d'une distension, d'une mise en tension brusque de la paroi ventriculaire sous l'influence de la pénétration du sang. Dans quelles conditions cette mise en tension brusque est-elle possible ? Le cœur est constitué, vous le savez, de tissu musculaire et conjonctif. Au moment de la diastole ventriculaire, le sang pénètre dans le ventricule sous l'influence de la *vis a tergo*, de l'aspiration du ventricule, à laquelle s'associe, vers la fin de la diastole, une contraction de l'oreillette : aussi, à cette période de fin de diastole, y a-t-il entrée plus rapide du sang et déjà quelquefois, à l'état normal — exceptionnellement, il est vrai — peut-on sentir un petit choc présystolique. A l'état pathologique, il se produit ceci : les deux propriétés du muscle cardiaque, l'élasticité et la résistance tonique, se trouvent parfois modifiées de telle sorte que, au moment de la pénétration du sang dans le ventricule, celui-ci entre en dilatation brusque, phénomène qui s'accentue lorsque l'oreillette se contracte. En fait, l'extensibilité du cœur est altérée chaque fois qu'il y a surproduction de tissu fibreux, chaque fois que la tonicité musculaire est diminuée par une myocardite, chaque fois qu'il y a distension morbide des parois ventriculaires.

Bien entendu, ce bruit de tension des parois plus ou moins altérées du cœur sera d'autant plus intense que la circulation sera plus ou moins bonne. La circulation est-elle défectueuse, y a-t-il irrégularité ou intermittence des battements, ondée sanguine réduite par conséquent, le bruit de galop peut disparaître : on se gardera bien, alors, de considérer ce fait comme un indice favorable.

Le mécanisme de la production du bruit de galop systolique est analogue. Ce bruit systolique est artériel, aortique. L'aorte est composée de tissu conjonctif et élastique. Quand le cœur gauche se vide, l'aorte se dilate aux limites de l'extensibilité des tissus, l'ondée sanguine écartant les parois d'une manière progressive. Lorsque l'artère est le siège d'une inflammation aiguë ou chronique, elle se distend brusquement, d'où un choc, pendant la systole.

Le diagnostic du bruit de galop s'établira avec les autres rythmes à trois temps, ce que les Allemands ont englobé sous le nom de « rythme » de galop. Dans le rythme de galop, le bruit surajouté est un frottement, un souffle, etc. ; dans le bruit de galop vrai, c'est un bruit sourd, un choc, une sensation plus tactile qu'acoustique. Il est plus difficile de distinguer le galop présystolique du dédoublement du premier bruit et le galop proto-diastolique du dédoublement du second bruit. Dans le dédoublement, il y a deux bruits clairs, nets, bien frappés, de même intensité et de même caractère, alors que dans le bruit de galop l'un des bruits est sourd. En outre, il est un élément distinctif très simple : en auscul-

tant avec un stéthoscope flexible, de caoutchouc, on perçoit encore le dédoublement et le choc du galop disparaît.

Quelle est la valeur, la signification clinique du bruit de galop ? Elle dépend de la variété à laquelle on a affaire.

a) Le *bruit de galop systolique* — qui, je le rappelle, est très rare — se produit dans certaines maladies infectieuses (fièvre typhoïde le plus souvent) ou dans l'aortite chronique. Il témoigne d'une lésion aortique aiguë ou d'une artério-sclérose de l'aorte.

b) Le *bruit de galop diastolique gauche* s'observe dans le brightisme (hypertrophie et dilatation ventriculaire gauche) et dans l'insuffisance aortique (cœur de Traube).

c) Le *bruit de galop diastolique droit* est consécutif à certaines myocardites aiguës de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, du rhumatisme, de la pneumonie, de la scarlatine, de la septicémie, etc.) ou aux dilatations des cavités droites symptomatiques de gastropathies (action réflexe), d'exercices violents (cœur forcé, asystolie aiguë).

J'ajouterai quelques mots sur le bruit de galop gauche des néphrites chroniques. Potain a dit que ce bruit de galop gauche signifiait néphrite chronique atrophique dans 75 % des cas, et insuffisance aortique dans 25 % des cas seulement. Frœntzel a prétendu, au contraire, que le mal de Bright était loin d'entrer pour cette proportion dans le nombre des bruits de galop gauches. Il y a là une confusion de mots. Frœntzel englobe sous le nom de mal de Bright toutes les néphrites chroniques ; or, Potain n'a considéré que la forme atrophique de la néphrite chronique.

Dans le mal de Bright ainsi compris, le bruit de galop gauche se montre fréquemment, surtout à la période d'état de l'affection. Il peut ne pas exister au début (alors que l'hypertrophie cardiaque est réellement compensatrice) et il peut disparaître à la fin (quand la dilatation des ventricules gauche et droit, avec asystolie, a succédé à l'hypertrophie).

Valeur pronostique du bruit du galop ?

a) Le bruit de galop *systolique* est toujours un indice d'une lésion grave, qu'il s'agisse d'un état aigu ou chronique.

b) Le bruit de galop *diastolique gauche* révèle toujours également une lésion sérieuse, irrémédiable, du cœur.

c) Pour ce qui concerne le bruit de galop *diastolique droit*, il faut établir une distinction : le galop lié à une dilatation droite d'origine réflexe (dyspepsie gastro-intestinale par exemple) n'a aucune espèce de gravité ; celui dû à une dilatation fébrile, comme chez deux de nos malades, a une certaine gravité.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Sur la Rœntgenthérapie du lupus tuberculeux ;

Par le Dr Ferdinand Gidon.
Docteur ès sciences naturelles
Professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Caen
Membre du Concours médical.

Plus pratique que le traitement par la lumière violette (finsenthérapie), moins désagréable que les scarifications et les caustiques, la Rontgenthérapie est rapidement devenue, depuis l'ère des « mesures » en radiologie, c'est-à-dire depuis deux ans, une méthode générale, et la plus satisfaisante que nous ayons, pour la cure régulière du lupus tuberculeux. L'action curative des rayons X est en effet assez variée dans ses effets pour que presque toutes les lésions cutanées, dont l'association ou la succession constituent le lupus, soient sensibles à l'influence de cet unique agent, capable de remplir à lui seul, sans intervention douloureuse ni réaction vive, les indications diverses des moyens destructeurs des scarifications sclérogènes, et des topiques cicatrisants. Par l'universalité de leur action, les rayons X sont aptes, en effet, à assurer à eux seuls tout l'essentiel de la cure des lupus. La haute fréquence a sans doute ses applications, et pour ma part, je m'en sers largement. Mais les rayons X sont l'agent dont le rôle demeure capital, celui dont on ne pourrait se passer sans dommage pour la commodité, la rapidité et le bon résultat du traitement.

A la période d'état, les lupus peuvent présenter : 1° des portions en prolifération formant tumeur ; 2° des plaies, des suintements et des croûtes ; 3° des régions à l'état d'infiltration tuberculeuse. Les cicatrices mêmes peuvent être, dans quelques cas, difformes ou chéloïdiennes. A ces divers accidents s'opposent, d'une façon presque parallèle, autant de propriétés très connues des rayons X : action atrophiante sur les tissus proliférants — action épidermisante, action sclérosante, action anticheloïdienne. Les rayons X sont en outre analgésiants.

Il est utile pour préciser les effets du traitement de passer en revue ces différents aspects de l'action des rayons X sur les lupus.

1° Action des rayons X sur les lupomes saillants.

L'action des rayons X sur les tissus proliférants est certainement la plus remarquable de leurs propriétés. C'est elle qui intervient dans la cure des cancroïdes et des noyaux récents de récidive cancéreuse, où elle provoque la régression et la disparition in nihilum, sans fonte purulente, de masses néoplasiques, souvent notables. C'est probablement elle qui intervient aussi dans le traitement des adénopathies tuberculeuses en évolution, dans celui de la leucémie ainsi que dans les essais récents de radiothérapie des gommes syphilitiques. Il est vraisemblable que l'action stérilisante des rayons X sur les organes lymphogènes (au point de vue de la production des globules blancs) et sur le testicule (au point de vue de la production des spermatozoïdes), ne sont que des manifestations en quelque sorte élémentaires de la même propriété.

Sur les formations lupiques saillantes, l'action des rayons X est très franche et très rapide, elle est particulièrement évidente lorsqu'elle porte sur des foyers isolés, à relief accentué, ayant par exemple de un demi à un ou deux centimètres carrés de surface, relativement récents et tels que ceux qui se constituent si souvent aux lèvres, aux joues ou aux côtés du cou pendant l'évolution d'un lupus étendu du nez. Une ou deux irradiations d intensité normale suffisent d'ordinaire à assurer l'aplanissement rapide de ces foyers locaux, et j'en ai vu quelques-uns se mettre dès ce moment à évoluer vers une cica-

trisation définitive et parfaitement esthétique. Le seul complément de traitement, en ce qui les concerne, fut de chercher et de détruire, avec l'aigrette de haute fréquence, les points jaunes suspects qui purent devenir apparents au cours de cette guérison. On obtient de même dans de bonnes conditions, mais d'une façon moins immédiate, la disparition des foyers saillants plus anciens qui existent dans les placards lupiques. En somme, l'aplanissement général du lupus est un des plus précoces résultats du traitement rontgenthérapique.

2° Action des rayons X sur les ulcérations lupiques, les suintements et les croûtes.

Ici entrent en jeu les propriétés eutrophiques et épidermisantes des rayons X. Elles sont très connues, en dehors du traitement du lupus, par les effets habituels de la Rontgenthérapie dans les affections dermatologiques à suintement, à croûtes ou à squames telles que les eczémas et les psoriasis. C'est aussi par leur action trophique que les rayons X assurent la cicatrisation immédiate des plaies chroniques épithéliomateuses et qu'ils interviennent dans le zona, la pelade, et surtout, application d'ordre capital, dans la cure des prurits.

Les plaies lupiques peu étendues ne résistent généralement pas à quelques séances de Rontgenthérapie. J'ai vu guérir très rapidement dans ces conditions des plaies lupiques croûteuses intéressant tout le bout du nez ou le pourtour des narines, et qui avaient résisté aux traitements usuels. Il n'y eut pas de rechute et le tégument ne diffère de la peau normale que par une certaine finesse et une certaine tendance à rougir.

D'autre part, j'ai pu transformer facilement ces cicatrices, apparentes, mais très solides, de longues ulcérations en crevasses ramifiées qui couraient à la surface de la joue dans un cas ancien de lupus très étendu de la face.

Cette action cicatrisante des rayons X est extrêmement précieuse. Beaucoup de malades porteurs de vieux lupus et qui ne consentent pas à suivre un traitement très prolongé apprécient beaucoup d'avoir tout au moins, après quelques séances de Rontgenthérapie, un lupus qui ne suinte plus.

3° Action des rayons X sur les placards lupiques plans.

La disparition des bourgeons lupiques et la cicatrisation des plaies appartiennent aux résultats les plus immédiats du traitement rontgenthérapique. Quand l'affection était déjà ancienne au moment du traitement, il subsiste alors des placards infiltrés de formations tuberculeuses. Les rayons X interviennent alors comme agent sclérosant, comme le feraient les scarifications, pour étouffer les corpuscules tuberculeux dans du tissu conjonctif.

Les rayons X sont, en effet, le plus puissant des agents sclérosants connus. C'est à ce titre qu'aux doses fortes ils produisent l'alopécie et qu'aux doses thérapeutiques ils ont part à la cure définitive de beaucoup de dermatoses tenaces. C'est sans doute à ce titre aussi qu'ils réduisent les prostates séniles.

Dans l'affection qui nous occupe, on obtient sans douleur ni réaction vive, mais seulement à la longue, la transformation cicatricielle des placards lupiques. Le procédé conduit à des résultats très homogènes, très sûrs, et esthétiquement très convenables. Le point essentiel est de ne pas aller trop loin et de ne pas aboutir à une atrophie exagérée de la peau. Aussi vaudrait-il mieux, à mon avis, garder les malades à peu près guéris en surveillance et laisser agir le temps que de vouloir pousser à l'extrême l'action des rayons X. Je trouve avantageux, pour ma part, de recourir à ce moment à des applications de haute fréquence, et de chercher pour les détruire les points lupiques que la régression du placard rend successivement apparents.

4° Les cicatrices. — Aux rayons X, dont on connaît l'action si curieuse sur les chéloïdes, mais aussi aux diverses modalités électriques revient enfin le traitement de l'atrophie de la peau (comme s'il s'agissait de rides) et le perfectionnement ultérieur.

En somme, la Rontgenthérapie des lupus procède dans son action par couches successives. Elle ne devient lente dans ses effets qu'au moment où elle provoque le phénomène final naturellement lent de sclérose. Si son action est moins « merveilleuse » que celle de la Rontgenthérapie des épithéliomes, c'est en raison de la complexité très grande du travail que nous lui demandons dans la cure des lupus, et ses résultats sont dans l'ensemble très sûrs, raisonnablement rapides, et suffisamment esthétiques.

(*Année médicale.*)

THÉRAPEUTIQUE

Le Thigénol.

Le *thigénol* ou oléo-sulfonate de sodium est entré depuis peu de temps dans la thérapeutique et déjà, l'on ne compte plus le nombre de ses succès. M. le Dr Wassilieff vient de faire une étude aussi impartiale que complète de ce précieux médicament, dans le *Journal de Médecine interne* et nous demandons à nos lecteurs la permission de citer les points principaux de ce travail.

Tout d'abord, le thigénol, outre l'absence d'odeur désagréable, présente l'immense avantage d'être soluble dans l'eau, ce qui fait que les taches produites sur le corps, sur la peau ou sur le linge peuvent être facilement lavées et ne laissent pas de traces. Cet avantage serait tout à fait négligeable, si le thigénol ne possédait pas des propriétés remarquables, dont l'importance n'échappera à personne.

Ces propriétés sont les suivantes : 1° action décongestionnante et résolutive ; 2° action analgésiante ; 3° action kératinisante.

Pour s'assurer de l'action décongestionnante, M. Wassilieff a employé le thigénol pur, ou mélangé à l'eau dans la proportion de 50 % ; il s'est abstenu volontairement de glycérine, afin de pouvoir faire la différence de l'action propre de chacune de ces substances.

Le thigénol agit généralement rapidement ; mais on peut observer des différences provenant de diverses circonstances, dont il faut tenir grand compte. Selon que les malades appartiennent à telle ou telle catégorie d'acuité ou de chronicité, selon que les lésions sont anciennes ou récentes les résultats sont naturellement différents.

Tel malade a des lésions très superficielles, donc rapidement curables ; tel autre, au contraire est porteur d'altérations profondes, invétérées, peu traitées ou même pas du tout. L'état général est-il mauvais, la guérison se fait attendre plus longtemps ; l'état général est-il bon, les conditions d'existence du malade font que le traitement, pour être efficace, doit être prolongé plus longtemps que sur un autre.

Le Dr Wassilieff, a appliqué le thigénol en pansement dans un certain nombre de cas d'*ulcères variqueux*, et il s'en déclare très satisfait. Dans les *hémorrhoïdes douloureuses* et les *fissures anales*, les résultats ont été également très appréciables, surtout au point de vue de l'atténuation des douleurs. Le thigénol est un excellent agent de pansement des *brûlures* qu'il rend beaucoup moins pénibles en deux ou trois heures. *Métrites aiguës, uréthrites, vaginites blennorrhagiques* ou *balistiques* sont très favorablement influencées et amendées par les pansements au thigénol, toujours dans les proportions de 50 0/0 en solution aqueuse ou glycérinée.

Merveilleux dans les métrites catarrhales, le thigénol est également très bon dans les métrites hémorrhagiques et dans les salpingites légères. Il fait disparaître les douleurs, ou tout au moins les atténue fortement ; son action est similaire sur les écoulements, qu'il augmente dans les premières semaines du traitement ; il améliore les métrorragies de façon extraordinaire et, à ce sujet, il convient de faire remarquer son action sur les menstrues ; des métritiques observées avaient des règles abondantes et prolongées (huit, neuf, dix, douze jours) ; il les a diminuées et de quantité et de durée.

« Quel est le mécanisme de son action ? Il paraît très simple. *Le thigénol est avant tout un décongestionnant* ; il traduit sa présence par l'exagération momentanée des écoulements, et plus cette exagération est grande, plus la malade est améliorée : *l'écoulement est le facteur de guérison* », c'est du moins l'avis du Dr Delaunay.

La conclusion générale des recherches de M. Wassilieff peut se diviser en trois principes absolument indiscutables et vérifiables :

1° Le thigénol a une action décongestionnante, résolutive sur diverses lésions inflammatoires ;

2° Il a des propriétés analgésiantes qui rendent son emploi très précieux, non seulement dans les affections inflammatoires, mais surtout dans les cas de brûlures et dans certains cas de cancer ;

3° Il a une action kératinisante manifeste, c'est-à-dire la propriété de faciliter la réparation épithéliale au niveau de plaies, dont la lenteur de cicatrisation est désespérante.

Une remarque générale importante est celle-ci ; le thigénol, tout en manifestant ses propriétés, ne paraît pas les posséder au même degré chez tous les malades. Chez les uns, l'action est très rapide, chez d'autres un peu plus lente ; parfois il y a un temps d'arrêt dans la marche vers l'amélioration, cela se voit par exemple chez les femmes à l'époque des règles. Personne ne s'en étonnera, car chacun sait que l'apparition des menstrues est précédée, accompagnée et suivie d'un état congestif parfois très intense de tous les organes du petit bassin. C'est aussi pendant cette période qu'il n'est pas possible de continuer les applications de thigénol ; il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce qu'il se produise à ce moment une exacerbation et des phénomènes congestifs et des symptômes douloureux. Cette exacerbation, plus ou moins notable, il est vrai, suivant les sujets, n'entrave en rien l'amélioration qu'on obtient par l'emploi persévérant du thigénol.

Avant tout il faut se rappeler ceci : c'est qu'il ne faut pas considérer le Thigénol, dans un grand nombre de maladies, comme un moyen curatif direct et exclusif. Son emploi ne dispense pas des procédés actifs ; par exemple, il ne guérit pas les fissures anales sans la dilatation, il ne dispense pas de l'ablation des annexes dans les cas de salpingite, ni de l ablation des hémorrhoïdes ; ces procédés chirurgicaux restent les seuls vrais moyens de cure radicale et c'est seulement lorsqu'on est obligé de différer l'intervention, qu'il faut employer le thigénol pour utiliser ses propriétés décongestionnantes et analgésiantes. Ce topique prépare le terrain, améliore l'état local, limite les lésions du voisinage, fait rétrocéder les exsudats inflammatoires, en un mot rend plus net le champ sur lequel va agir la chirurgie. Il ne faut rien lui demander de plus, sinon on s'exposera à des mécomptes ; néanmoins ses propriétés sont telles, qu'il mérite d'être pris en très sérieuse considération.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Revaccination par raclage ou grattage

Au moment où la *Loi sur la santé publique* paraît devoir entrer en application, ce qui obligera tous les citoyens français à se faire vacciner et revacciner, il n'est pas inutile de dire un mot des différents procédés de revaccination.

Le mode de vaccination par raclage ou grattage est bien supérieur à celui de la piqûre en tant que réussite, comme nous le verrons tout à l'heure, et devrait être constamment pratiqué.

Assurément, il est plus long et plus minutieux, mais ses avantages sont tels au point de vue de la sécurité et de la distribution de l'immunité et même au point de vue douleur — ce qui a son importance quand il s'agit des enfants — que nous l'employons toujours pour revacciner et fort souvent même pour vacciner.

La technique consiste, après lavage antiseptique de la peau, à saisir celle-ci entre le pouce et l'index de la main gauche et avec le bord d'une lancette à saigner, à racler la peau sur une surface large comme l'ongle du petit doigt environ, jusqu'à enlèvement de l'épiderme et apparition d'un léger pointillé et d'un suintement séro-sanguinolent. Alors, essuyant et aseptisant de nouveau la lancette, on prend le vaccin que l'on étend sur les surfaces avivées que l'on peut en outre piquer une ou plusieurs fois.

Il se forme, les jours suivants, une croûte bleuâtre sous laquelle se développent une ou plusieurs pustules vaccinales, isolées ou fluctuantes, débordant cette croûte, l'auréole en se développant plus ou moins complètement en dehors. Quand elles siègent tout à fait hors de la croûte, les pustules sont ombiliquées ou plutôt l'ombilication devient apparente. Lorsque les pustules se développent sous, ou presque sous la croûte, l'aspect au septième jour est celui que présente les pustules qu'on a l'habitude d'appeler faux-vaccin, ou vaccin modifié, c'est-à-dire

L'OCRÉINE

Pour les indications, doses et formes pharmaceutiques, voir l'annonce page IV des annonces.

que l'on ne peut percevoir d'ombilication ou qu'il ne peut s'en produire. On remarque seulement la croûte bleuâtre, quelque peu conique, plus ou moins épaisse, autour de laquelle il y a une zone inflammatoire.

L'inconvénient de la méthode serait le magma septique produit par la pulpe épidermo-dermique, malgré les précautions prises. Pourtant nous n'avons jamais observé d'infection, pas plus d'ailleurs que par la méthode des piqûres.

Les surfaces pustuleuses n'étant pas très étendues, les cicatrices ne sont guère plus apparentes que par un autre procédé.

Les enfants acceptent très volontiers le raclage ; ils crient beaucoup moins que lorsqu'on les pique, s'intéressent à cette petite et lente opération, sont moins surpris et restent tranquilles. Cela leur produit l'effet d'un léger chatouillement.

Les succès obtenus, grâce à l'augmentation de la surface d'absorption, et à la facilité plus plus grande donnée à cette absorption, sont vraiment extraordinaires, puisque nous avons obtenu de superbes résultats chez *trois* enfants de *un an* et même chez un de *neuf mois*, déjà vaccinés une première fois avec succès.

Il y aurait même à ce sujet lieu d'être inquiet et de se demander si la vaccination donne une immunité variolique véritable et prolongée, ou analogue seulement à celle du sérum Behring-Roux par exemple. Mais ces succès d'apparence paradoxaux ou troublants sont parfaitement explicables par la réceptivité spéciale de l'organisme infantile pour tous les germes ou virus, et nous reviendrons un jour sur ce sujet.

Quoi qu'il en soit, dans les revaccinations par raclage et piqûres que nous avons faites *simultanément* chez un même sujet, les piqûres nous ont donné, lorsqu'il y avait réussite, une pustule plus petite que la normale, alors que souvent les raclages nous fournissaient une énorme pustule, ou bien nous avions de larges pustules à l'endroit des raclages, et la vaccine modifiée ou faux-vaccin, au niveau des piqûres.

Mais il faut de la patience et revacciner avec soin. Si l'on entend dire, — ce qui est certainement exceptionnel, — que dans certains régiments on n'obtient qu'un ou deux pour cent de succès, au lieu du chiffre habituel de 8 ou 10 pour cent par piqûre, et 30 à 40 pour cent par raclage, c'est que l'opération doit être faite rapidement, le colonel fixant un temps insuffisant pour la durée des opérations. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'avec des précautions minutieuses on réussit par le raclage là où une inoculation rapide par piqûre ne produit rien. Nous avons maintes fois constaté que ce procédé réussit lorsque la vaccination par piqûre faite par d'autres opérateurs, même quelques jours après, n'a pas abouti. On peut, d'après les faits constatés, poser en principe que la revaccination par raclage donne le *minimum* de réussite.

Il nous a été donné de pouvoir revacciner des enfants en bas âge, soit que des parents vinssent nous trouver parce que l'enfant d'un à cinq ans n'avait qu'*un* ou *deux grains* à la première vaccination et qu'ils n'étaient point tranquilles, soit que des enfants de 5 à 10 ans se soient fait revacciner dans notre service gratuit au dispensaire de notre ville, pour ne point payer un nouveau certificat, ayant égaré le premier : ce qui nous a permis d'établir nos remarques sur un grand nombre de cas.

Disons de suite que la revaccination, chez la plupart des enfants qui n'avaient qu'une cicatrice vaccinale ancienne, a presque toujours réussi.

En résumé, d'après notre pratique portant sur bientôt huit mille vaccinations et revaccinations par divers procédés, il nous est permis de dire que le procédé par raclage ou grattage doit prendre la première place, qu'il a droit à toutes les préférences, et l'on peut avancer, les chiffres que nous pourrions fournir le prouvent, que l'on ne peut être assuré d'être réellement revacciné, si on ne l'a point été par raclage.

20 mai 1906. Dr Courgey.

HYDROLOGIE

Les bains carbo-gazeux dans les stations hydrominérales françaises.

Au fur et à mesure que le bain carbo-gazeux est étudié d'une façon plus détaillée et précise au *double point de vue de son action physiologique* chez l'homme sain et de ses résultats thérapeutiques (1) notamment dans les troubles cardio-vasculaires et certaines affections du système nerveux central, au fur et à mesure que se précisent ses indications et contre-indications (2), ce procédé thérapeutique est de plus en plus employé.

Or, si c'est à l'étranger, plus qu'en France, que jusqu'à ces dernières années on avait utilisé cette puissante ressource hydrothérapique, je veux établir et proclamer bien haut, comme l'a déjà fait M. H. Huchard, que la France est fort riche en bains carbo-gazeux naturels, et pour la plupart à eau courante, fournis par ses stations hydrominérales, « le pays, le plus riche même à cet égard » (Huchard), et que les autres pays doivent être ses tributaires pour ce mode de traitement. Tel sera le but de ce modeste travail.

Six stations hydrominérales françaises présentent les conditions hydrologiques et climatiques éminemment propres à l'administration du bain carbo-gazeux. Une seule est située en Savoie, c'est Salins-Moutiers ; les cinq autres, Château-Neuf, Châtel-Guyon, Saint-Nectaire, Saint-Alban et Royat, dans le massif de l'Auvergne, en plein terrain volcanique ; toutes cinq sont situées sur un sol perméable et sec, et à une altitude faible : Salins-Moutiers à 492 m. ; Saint-Nectaire à 750 m ; Saint-Alban à 407 m. ; Château-Neuf à 382 m. ; Châtel-Guyon à 360 m. ; Royat à 450 m. Or, ces conditions climatiques sont des plus importantes ; car le bain carbo-gazeux s'adresse en particulier à des cardiaques, et pour de tels malades, comme l'ont démontré G. Sée, Huchard, etc., il ne faut ni un sol imperméable et par conséquent humide, comme c'est le cas de certaine station

(1) Mougeot. — Le bain carbo-gazeux ; son action physiologique et son action thérapeutique dans les maladies du cœur, Paris 1905. Edit. : J. Rousset. — (Récompensée par l'Académie de médecine). La réduction par le bain carbo-gazeux du volume du cœur dilaté. (*Arch gén. de médecine*, 3 juillet 1905.)

(2) A. Mougeot. — *Journal des Praticiens*, 21 et 28 avril 1906.

allemande pourtant très vantée, ni une altitude supérieure à 700-800 m.

Au point de vue hydro-thermal, il faut surtout considérer ces stations sous le triple aspect de la température et de l'abondance des sources et de la proportion d'acide carbonique libre. Voici les conditions optima dont la réunion aux précédents desiderata climatologiques constitue la *station idéale de bains carbo-gazeux.* La station doit posséder plusieurs sources, de préférence peu minéralisées, de diverses températures, et contenant diverses proportions d'acide carbonique libre, de telle sorte qu'il y ait une gamme de bains à T° décroissante et de teneur croissante en gaz CO^2. Les températures optima sont : la T° indifférente, de 34°, une source de T° légèrement supérieure à l'indifférente, environ 36° C ; une ou deux un peu au-dessous. En effet dans les bains faibles en chlorures et en CO^2 et à température un peu supérieure à la température indifférente, l'action vaso-dilatatrice l'emporte sur l'action cardio-tonique et on obtient facilement l'action hypotensive chez les hypertendus. C'est l'inverse dans les bains donnés courts à T° un peu inférieure à la T° indifférente, et riches en CO^2. Il est avantageux que le griffon des sources soit situé plus haut que le niveau des baignoires, afin que l'eau n'ait pas besoin d'être pompée, ce qui tend à lui faire perdre une partie des gaz dissous.

Enfin, le débit des sources doit être très abondant, afin de pouvoir donner les *bains carbo-gazeux à eau courante* venant directement du griffon, telle qu'elle jaillit de la profondeur de l'écorce terrestre, *avec l'intégralité de ses gaz, de son calorique, de ses radiations connues et inconnues...*

Comparons maintenant les conditions des diverses stations déjà citées avec ces conditions optima.

Saint-Alban (Loire) est très riche comme débit (1.700 hectolitres par 24 heures) et comme proportion de gaz CO^2 (3 gr. 50 par litre). Ces eaux sont malheureusement froides (17°C) ; mais dans plus d'une station étrangère, Spa par exemple, on chauffe l'eau au moyen d'un serpentin placé au fond de la baignoire sans qu'elle perde suffisamment de gaz pour cesser d'être très active ; mais on ne réalise pas ainsi le bain à eau courante.

Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme) possède de nombreuses sources, dont quelques-unes aux températures de 30 à 35°C ; leur débit est peu abondant, et leur teneur en acide carbonique libre faible. L'ingestion y prime de beaucoup le bain comme importance dans le traitement.

Chatel-Guyon (Puy-de-Dôme), par ses eaux chlorurées magnésiennes, soigne avec succès les états atoniques de l'intestin ; là, l'ingestion de l'eau est le principal mode d'emploi ; les irrigations intestinales sont souvent prescrites. Les bains à eau courante à 28° et 34°C, que possède cette station, sont utilisés pour régulariser la circulation sanguine dans les engorgements des organes abdominaux consécutifs aux troubles gastro-intestinaux chroniques.

C'est à Salins-Moutiers, à Château-Neuf, et à Royat que le bain carbo-gazeux a pris vraiment, à cause des conditions hydrothermales, une importance prépondérante vis-à-vis des troubles cardio-vasculaires.

Salins-Moutiers (Savoie) a ses bains alimentés par deux sources à 35° C. dont le débit journalier dépasse 30.000 hectolitres ; leur caractéristique est d'être fortement chlorurés (12 gr. 50 par litre).

La petite station de *Château-Neuf* (Puy-de-Dôme) est extrêmement riche comme nombre et abondance des sources, comme teneur en gaz carbonique, comme diversité de températures (13° à 38° C.).

Royat (Puy-de-Dôme), qui lui cède de peu à ces égards, l'emporte sur elle par sa position géographique avantageuse, par ses installations. Trois sources, Eugénie, Saint-Mart, César, dont le débit total est de 1.700.000 litres par 24 heures, y sont employées en bains carbo-gazeux. On y distingue, pour Eugénie et César : les bains A, alimentés par l'eau qui a séjourné 12 heures en réservoir hermétiquement clos et très vaso-dilatateurs, et les bains B, alimentés par l'eau venant directement du griffon. L'établissement de la source Saint-Mart, inauguré en 1905, ne possède encore que le bain B. Toutes les baignoires sont situées en contre-bas du griffon des sources et l'eau y arrive par la seule déclivité, avec l'intégralité de ses propriétés physiques et chimiques.

La gamme des T° et des teneurs en CO^2 libre est celle-ci :

Source Eugénie : 35°5, 0 gr. 377 de CO^2 libre par litre au griffon est :

Source Saint-Mart : 31°, 1 gr. 709 de CO^2 libre par litre au griffon ;

Source César : 29°, 1 gr. 229.

L'action thérapeutique de cette gamme de bains carbo-gazeux, *tous à eau courante*, a été minutieusement étudiée, notamment en ce qui concerne les phénomènes circulatoires et nutritifs.

Par cette courte revue comparative, dont j'ai pris la plus grande partie de la documentation dans l'excellent petit formulaire de Lemoine et Gérard, je crois avoir démontré la richesse de la France en bains carbo-gazeux naturels. Elle en est même le berceau, puisque c'est à Saint-Alban que le Dr Gouin, avant tout autre, vers 1850, avait reconnu et étudié scientifiquement leur valeur thérapeutique.

Dr A. Mougeot (de Royat),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

ÉTUDES ET PROJETS

La journée de huit heures en hygiène sociale

Depuis près de vingt ans, le *Parti socialiste* a inscrit la journée de huit heures en tête de son programme économique de revendications immédiates, et la *Confédération Générale du Travail* cherche à la conquérir sur la classe capitaliste.

Cette revendication ouvrière a une portée politique et économique considérable, et également une importance hygiénique de premier ordre.

Aussi, ne pouvons-nous pas rester indifférents ou inactifs devant un mouvement de cette nature.

Nous, médecins, chargés, de par notre profession de veiller à l'intégrité des individus et de la race, avons le devoir de dire bien haut : *La réduction de la journée de travail à huit heures est un des facteurs qui agiront le plus efficacement dans la lutte contre les maladies, non seulement contre les maladies individuelles mais encore et surtout contre les grandes maladies sociales, la tuberculose et l'alcoolisation en particulier.*

Nous avons été appelés à constater l'influence considérable qu'ont sur la production et l'évolution des états pathologiques, le surmenage, physique et

intellectuel, et la misère physiologique qui, dans la classe ouvrière, en est la conséquence presque forcée.

Sur cette question, la clinique et le laboratoire arrivent aux mêmes conclusions, l'observation et l'expérimentation concordent.

Tout travail provoque dans l'organisme : 1° une usure des cellules mises en œuvre ; 2° la formation de déchets, (produits de combustion, de désassimilation), lesquels sont impropres à la vie. La réparation de ces éléments cellulaires par fixation de matériaux nouveaux, l'élimination de ces déchets organiques ne peuvent se faire complètement qu'à l'état de repos, et mieux encore, à l'état de sommeil. Si donc, la durée journalière du travail est trop prolongée relativement au temps du repos dont dispose le travailleur, cette réparation, cette élimination ne se font qu'incomplètement. Le travailleur se trouve alors en état de surmenage, véritable état pathologique caractérisé par un affaiblissement et par un empoisonnement de l'organisme. Et si ce surmenage se prolonge, l'ouvrier s'épuise progressivement, s'intoxique peu à peu, et il tombe dans cet état de moindre résistance que l'on dénomme « misère physiologique », état qui fait de son organisme un terrain propice à l'éclosion et au développement de toutes les maladies.

***

Faut-il citer des faits !

Au point de vue expérimental, nous relatons seulement l'expérience de Pettenkofer et Voit, renvoyant pour plus de détails à la Thèse du confrère Ilia Sachwine qui a réuni dans son travail toutes les recherches physiologiques éparses sur les effets du travail prolongé (1) et au remarquable article de Sahy (2) paru en 1905 dans la *Revue Scientifique*.

Pettenkofer et Voit placent dans une cage de verre hermétiquement close un ouvrier vigoureux, alimenté normalement. Pendant 9 heures, il est chargé de tourner une roue autour de laquelle est enroulée une chaine supportant un poids de 25 kil. ; travail assez pénible, il est vrai, mais ne dépassant pas l'intensité moyenne des travaux d'un grand nombre d'ouvriers (forgerons, hommes de peine, etc.) A l'aide de pesées minutieuses, il fut établi que cet ouvrier avait dépensé, sous forme d'acide carbonique, 192 grammes d'oxygène de plus qu'il n'avait pu en absorber pendant le même temps, soit 20 0/0 de la provision d'oxygène nécessaire à la vie se trouvant dans le corps. Et ces auteurs déclarent qu'une nuit de repos n'aurait pas été suffisante pour réparer cette perte !

L'observation pure et simple apporte de nouvelles preuves.

Voici d'abord ce que nous apprend l'étude des statistiques d'accidents de travail. Sur 15.400 accidents relevés en 1887 en Allemagne, il s'en produisit :

matin		après-midi	
435	de 6 à 7 h.	587	de 12 à 1 h.
794	de 7 à 8 h.	745	de 1 à 2 h.
815	de 8 à 9 h.	1037	de 2 à 3 h.
1069	de 9 à 10 h.	1243	de 3 à 4 h.
1598	de 10 à 11 h.	1178	de 4 à 5 h.
1590	de 11 à 12 h.	1306	de 5 à 6 h.

D'un travail publié dans la *Revue Scientifique* (21 sept. 1904 et 21 oct. 1905) par le confrère Imbert, de Montpellier, et M. Mestre, inspecteur du travail de l'Hérault, il ressort : sur 4532 accidents de travail enregistrés en 1904, sont survenus :

110	à 6 h. du matin	132	à 1 h. de l'après-midi
232	à 7 h. —	310	à 2 h. —
305	à 8 h. —	421	à 3 h. —
310	à 9 h. —	588	à 4 h. —
478	à 10 h. —	513	à 5 h. —
292	à 11 h. —	254	à 6 h. —
50	à 12 h. —	58	à 7 h. —

Ainsi donc, le nombre d'accidents augmente régulièrement et rapidement depuis le matin, atteignant son maximum entre 10 et 11 h. Ce nombre est très faible vers midi, mais il remonte progressivement jusque vers 4 et 5 h. de l'après-midi. Ces auteurs réclament comme remède à apporter à cet état de choses « la suppression de la dernière heure de travail de la seconde demi-journée, ou même l'établissement de la journée de huit heures. »

L'observation nous montre également le rapport existant entre la durée de la journée de travail et la santé des travailleurs.

Au dispensaire antituberculeux de Lille, nous avons noté parmi les antécédents de nos malades le surmenage physique comme exerçant une influence prépondérante sur le développement de la tuberculose dans la classe ouvrière. En 1904, par exemple, 95.90 0/0 de nos tuberculeux travaillaient — lorsque leur état de santé le leur permettait encore — plus de 8 heures, et quelques-uns d'entre eux plus de 12 et 13 heures par jour.

Dès que le nombre d'heures de travail diminue, on constate un abaissement de la morbidité ouvrière. Un an après l'introduction de la journée de huit heures dans les hauts-fourneaux du Cumberland, les associations de prévoyance de cette région avaient dépensé en allocations pour cause de maladie de 20 à 25 0/0 de moins que l'année précédente. — En 1892, la fabrique de plumes Heintze et Blankertz, de Berlin, réduisit la journée de travail de 9 heures à 8 heures. En un an, le nombre moyen de jours de maladie par an et par ouvrier passa de 5.4 à 3.5 et par ouvrière de 6 à 4.6.

***

Il nous semble inutile de multiplier ces exemples. Nous pouvons affirmer que, au point de vue sanitaire, la réduction à 8 heures de la journée de travail s'impose. Or, de ce point de vue, nous disons que cette mesure s'impose non seulement dans l'intérêt de la classe ouvrière, mais dans l'intérêt des capitalistes eux-mêmes. Si ceux-ci veulent avoir la possibilité de soutenir la concurrence avec chances de succès, il leur faut élever au maximum le taux de la production ; et ceci n'est possible que s'ils ont à leur disposition une classe ouvrière saine et vigoureuse.

Et la minorité intelligente de la bourgeoisie capitaliste l'a compris. Aussi a-t-elle fait prendre par les pouvoirs publics certaines lois de protection ouvrière dans le but de sauvegarder dans une certaine mesure la réserve de force-travail dont elle a besoin pour son exploitation présente et future.

C'est ainsi que nous avons déjà vu les pouvoirs publics limiter pour l'enfant et la femme la durée d'un travail exagéré qui menaçait l'ouvrier dans sa descendance. C'est ainsi que, peu à peu, le travail de l'adulte a été à son tour l'objet d'une réglementation et d'une limitation.

Il est certain que si, parmi toutes ces lois dites de *protection ouvrière*, mais qui seraient mieux dénommées *lois de prévoyance capitaliste*, le prolétariat attache une si grande importance à la réduction de la journée de travail à huit heures, c'est qu'il se rend bien compte que ce sera pour lui un progrès très important dans sa lutte pour son émancipation totale. Il sait que, par elle, l'ouvrier, de la bête de somme ou de l'outil industriel qu'il est devenu actuellement, aura la possibilité de redevenir un homme au sens large du mot. Par suite de l'élévation de son niveau moral et intellectuel qui en résultera fatalement, il saura bien ensuite prendre de lui-même ou imposer à ses employeurs et à la so-

(1) Ilia Sarchwine. — La journée de huit heures au point de vue de l'hygiène et de la santé publique (*Thèse de Lyon* 1900).

(2) Sahy. — Physiologie du travail. Les modifications des échanges nutritifs chez l'homme sous l'influence de la fatigue musculaire (*Revue Scientifique*, 1905, n° 7, 8 et 9).

ciété les mesures de défense ou de prophylaxie contre celles des conditions de son travail qui présentent pour lui un danger.

Il est certain aussi que l'application de la journée de huit heures donnera à la classe ouvrière un élan révolutionnaire dangereux pour l'existence de la société capitaliste.

Mais les jours de celle-ci sont comptés, prise qu'elle est dans ce dilemne : ou disparaître par régression, par inanition, en entraînant avec elle la décadence de toute une race ; ou disparaître par progression, en donnant naissance à une société nouvelle, ayant des bases économiques toutes différentes, et qui verra éclore une civilisation supérieure : la civilisation socialiste.

Notre place, à nous, médecins, hommes de science est avec la vie contre la mort. Et la vie n'est autre chose que le processus de transformation continue et indéfinie des individus et des sociétés en individus et en sociétés d'organisation supérieure.

« La science, a écrit le confrère Imbert, n'est ni socialiste par essence, ni capitaliste par nature, elle est simplement la vérité ». Mais, au moment de devenir social où nous nous trouvons, le socialisme se trouve être la vérité.

La situation est claire. Le prolétariat exige la journée de huit heures en attendant et pour préparer la prochaine transformation socialiste de la société. Les données de la science viennent appuyer la revendication prolétarienne. Nous devons être avec la classe ouvrière pour la journée de huit heures, nous devons être avec tout le prolétariat pour la transformation socialiste de la société.

(In *La Médecine sociale*.)

Dr D. Verhaeghe.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Liste des docteurs en médecine élus ou réélus députés en mai 1906.

MM. les Drs Levraud (Paris XIe arrt.), Brousse (Paris XVIIe arrt.), Meslier (Saint-Ouen-Asnières), *Bachimont*, médecin et pharmacien (Nogent-s-Seine), *Durand* (Castelnaudary), *Hugon* (St-Flour), Maurice Foy (La Rochelle), *Ravier* (Sancerre), Lachaud (Brive), Santelli (Calvi), *Baudet* (Dinan), Sireyjol (Nontron), Clament (Périgueux), Pourteyron (Ribérac), Sarrazin (Sarlat), *Dubuisson* (Châteaulin), Cazauvieilh (Bordeaux-Belin), Chapuis (Lons-le-Saulnier), *Laurent* (Roanne), *Devins* (Brioude), Vazeille (Montargis), Dudouyt (Coutances), Péchadre (Epernay), Pozzi (Reims), Chapuis (Toul), Defontaine (Avesnes), Dehove (Avesnes), *Dron* (Tourcoing), Baudon (Beauvais), *Delpierre* (Clermont), *Chopinet* (Senlis), Cachet (Domfront), Sabaterie (Ambert), Chambige (Pont-du-Château), Morel (Montreuil), Delelis (Béthune), Isoard (Embrun), *Pujade* (Céret), Cazeneuve (Lyon), Dubief (Mâcon), Simyan (Mâcon), Empereur (Moutiers), Delbet (Coulommiers), *Amodru* (Etampes), Guillemet (Fontenay-le-Comte), Joyeux-Laffuie (Civray), Cibiel (Poitiers), Vacherie (Bellac), Boutard (Saint-Yrieix), Thivrier (Montluçon), Rouby (Lapleau-Tulle), Villejean (Tonnerre).

N. — Les noms en italiques, sont ceux des confrères faisant partie du « Concours Médical ».

Association de la Presse médicale française.

Secrétariat-général :

5 bis, Passage Saint-Paul, Paris.

Mon cher collègue,

J'ai l'honneur de vous informer que la réunion statutaire de l'Association a eu lieu le vendredi 4 mai, chez Marguery.

M. le Dr Foveau de Courmelles a été élu membre de l'Association.

Le secrétaire général a lu le compte rendu financier et le compte rendu moral relatifs à l'exercice 1905-1906. Ces comptes-rendus sont ci-contre. Les propositions qu'ils contiennent ont été acceptées en principe et l'assemblée a chargé le secrétaire général de lui présenter pour la réunion de juin un projet de modifications des statuts. Ce projet sera envoyé à tous les membres de l'Association avant la fin du présent mois, afin qu'on puisse l'examiner à loisir et le discuter en toute connaissance.

M. le Dr Blondel a exposé les travaux de l'Association de la Presse médicale internationale au Congrès de Lisbonne ; vous en trouverez ci-joint le résumé, ainsi que les renseignements concernant l'Assemblée générale de l'A. G., dont cette Association demande l'insertion, ce qui serait la meilleure façon de montrer que le malentendu qui existait entre elle et nous a pris fin.

Sentiments cordiaux.

Le secrétaire général,

Dr Granjux.

I. — *Compte rendu financier*

Pendant l'exercice 1905-1906, les recettes de l'Association se sont élevées à fr..	1.790
les dépenses à......................	1,365.75
d'où un bénéfice de...............	424.25
qui, joint aux..........................	1.502.30
que nous avions en réserve à la fin de l'exercice précédent, constitue un avoir de..............................	1.926.55

Il serait même augmenté de 60 francs, si deux cotisations en retard étaient payées.

Pour le dire en passant, les fonds sont déposés au Crédit Lyonnais agence U, 20, boulevard Saint Michel.

Les 1.365 fr. 75 dépensés se divisent ainsi :

Factures Marguery ....fr.	1.056
— d'imprimerie.................	158.20
Frais de recouvrements..............	18 »
Correspondance........................	15 »
Confections de quittances, mise sous enveloppes, adresses et affranchissement des imprimés.........................	118.55

Notre fonds de réserve, qui s'élève à 1.926 fr. 55, permettrait de faire face à l'impression d'un annuaire que beaucoup de nos collègues réclament, ainsi que la publication de nos statuts.

En tout cas, l'augmentation annuelle de nos économies caractérise assez la prospérité matérielle de notre Association pour me permettre d'arrêter là ce compte rendu financier.

II.— *Compte rendu moral.*

La situation morale de l'Association n'est pas moins bonne que sa situation financière. Nous avons à enregistrer un évènement heureux : la reprise des relations avec l'Association générale des médecins de France.

Vous savez comment elles s'étaient brusquement rompues, et de quelle façon avait été accueillie la démarche de son bureau. Vous savez que l'Association générale avait pris, ou avait paru prendre, ce qui est tout un dans l'espèce, un journal médical sous son patronage, au détriment des autres journaux médicaux. Mais tout ceci est le passé : un passé qu'on doit oublier. Après des explications aussi loyales que courtoises, entre le bureau de l'Association générale et son secrétaire général, celui-ci a reçu l'assurance formelle que désormais l'Association générale veillerait à ce que son désir de neutralité absolue entre les divers journaux fût respecté ; en particulier, le bulletin de cette association ne fera plus d'encartage pour les journaux de médecine. Nous pourrons donc maintenant mettre, ainsi que nous l'a demandé M. Bucquoy, notre publicité au service de la tentative qu'il se propose de faire au nom de l'Association générale, pour organiser en faveur des veuves de médecins, l'assistance par le travail, tentative dont le succès dépendra du concours que nous lui apporterons. C'est dire que nous devons le donner aussi complet que possible.

Dans le compte rendu financier que j'ai eu l'honneur de vous exposer il y a un instant, je vous signalais que deux cotisations n'étaient pas rentrées. Dans toutes les sociétés, l'éventualité de ce non-paiement des cotisations est envisagée et regardée comme une cause de radiation. Or, dans nos statuts il n'y a rien de pareil, de telle sorte que si l'un de nos collègues refusait de payer ses cotisations, nous serions statutairement désarmés à son égard.

Comme nous sommes obligés de modifier nos statuts pour les faire concorder avec la décision votée dans notre dernière réunion, à savoir que la cotisation d'un membre nouveau admis au cours d'une année budgétaire sera calculée à raison de un quart de la cotisation annuelle par trimestre restant à courir, il serait très utile qu'on profite de l'occasion pour déterminer la radiation et ses causes.

Et puisque nous parlons statuts, permettez-moi de vous signaler un point qui mérite d'être précisé, car les opinions les plus diverses se sont fait jour à son sujet. Je m'explique :

L'article premier de nos statuts spécifie que notre Association est un syndicat professionnel. Or, dans tous les syndicats les statuts et les *délibérations régulièrement prises en tant qu'elles ont pour objet la défense des intérêts professionnels* obligent tous ses membres. La jurisprudence est ferme sur ce point. De telle sorte que cette obligation s'étend aux membres de notre Association et notre éminent conseil, Me Rocher, est sur ce point absolument affirmatif.

Dans ces conditions, peut-être penserez-vous que, pour faire cesser les incertitudes, pour fixer un chacun sur ses devoirs, il serait bon d'indiquer ce point de droit dans nos statuts et en même temps de définir ce que nous voulons entendre par *délibérations régulièrement prises*. Car toute la question est là.

Si nul d'entre nous ne songe à se soustraire à l'action de statuts librement consentis, par contre, peu, je crois, voudraient se lier d'avance aux décisions que pourrait prendre dans une réunion ordinaire une majorité fortuite. S'il m'était permis d'exprimer ma pensée à ce sujet, je demanderais que les délibérations en question ne puissent être prises qu'en assemblée générale, convoquée *ad hoc*, et comportant le vote par correspondance. De cette façon on aurait bien l'avis de l'Association, puisque chacun de ses membres aurait été consulté et mis à même de répondre.

Avant de terminer, permettez-moi de vous signaler ce qui me paraît constituer pour notre profession et pour notre Association un danger ; je veux parler du flot toujours montant, toujours grossissant des journaux plus ou moins médicaux, mais tout à fait gratuits.

Ces journaux peuvent faire du tort au praticien de deux façons ; d'une part, ils peuvent fausser son jugement professionnel en ne lui montrant que les succès plus ou moins réels de certains médicaments, en laissant dans l'ombre les insuccès et *a fortiori* les désastres ; d'autre part, acceptant sans aucun contrôle, sans aucune garantie, toutes les annonces de soi-disant postes médicaux vacants, ils permettent aux haines locales de se faire jour, aux aigrefins de céder des clientèles qui n'existent pas. Quel est celui d'entre nous qui ne pourrait citer des cas où, grâce à ces annonces mensongères, ils ont vu arriver dans des postes où il n'y avait pas place pour de nouveaux confrères, des faméliques obligés de recourir aux pires expédients, puis de disparaître après avoir ruiné dans le pays l'exercice de la profession médicale.

D'autre part, il est indiscutable qu'un certain nombre de médecins, devant cette avalanche de publications gratuites que leur apporte chaque courrier, abandonnent les journaux non gratuits et la chose se comprend d'autant mieux que la plupart de ces publications gratuites sont alimentées à peu près exclusivement par la reproduction de nos meilleurs articles. Peut-être penserez-vous qu'il conviendrait de lutter contre ce pillage, en interdisant d'une façon absolue la reproduction de nos articles, de nos comptes rendus, à tout journal ne faisant pas partie de notre association.

Les publications gratuites nous menacent d'un danger bien plus grave, contre lequel nos statuts ne nous défendent pas : je veux parler de l'admission, parmi nous, des directeurs de ces journaux. Notre association, composée de collègues qui se connaissent tous et s'estiment réciproquement, est des plus cordiales ; nos réunions ont un charme tel que nos membres honoraires, bien que dégagés de tout intérêt matériel, sont des plus fidèles à notre rendez-vous trimestriel.

Mais ne pensez-vous pas que si les représentants de ces journaux gratuits, qui sont pour nous — il faut appeler les choses par leur nom — l'ennemi, entraient dans la place, et rien dans nos statuts ne s'y oppose, en même temps entrerait la discorde, fille de la rivalité d'intérêts.

Aussi pour éviter cette éventualité, il serait peut-être bon, puisque nos statuts sont sur le tapis, de les modifier de façon à fermer la porte de notre maison à ceux qui veulent la démolir.

Cette revision de nos statuts pourrait être confiée à une Commission qui serait chargée de faire un rapport qui serait discuté en Assemblée générale.

Les questions que je viens de soulever sont délicates, je ne l'ignore point ; mais si je vous en ai parlé. c'est qu'elles sont depuis longtemps dans l'air, et que divers de nos collègues m'ont demandé de vous les soumettre. Votre secrétaire général n'a pas cru devoir se dérober ; il a pensé vous témoigner ainsi sa reconnaissance pour l'honneur que vous lui avez fait en portant vos suffrages sur lui.

Le secrétaire général,
Dr Granjux.

Association internationale de la Presse médicale.

La deuxième Assemblée générale de l'Association s'est réunie à Lisbonne, sous la présidence du Dr Cortezo, dans les locaux de la nouvelle Ecole de Médecine, les 17 et 18 avril 1906 : la session a comporté trois séances. L'Allemagne, l'Angleterre. la Belgique. le Brésil, l'Espagne. la France, la Hollande, le Mexique, le Portugal y étaient représentés.

Le bureau a été renouvelé et composé ainsi qu'il suit :

Président : Prof. Karl Posner (Berlin) ;
Vice-Présidents : Prof. Ascoli (Rome) ; Dr Dejace (Liége) ; Prof. Bombarda (Lisbonne) ;
Secrétaire général : Dr Raoul Blondel (Paris) ;
Secrétaire général adjoint et Trésorier : Dr Dawson Williams (Londres).

Voici le texte des principales résolutions adoptées :

1° L'article 5 des statuts, fixant le siège social de l'Association à Bruxelles. est modifié : le siège social sera désormais au lieu de résidence du secrétaire général, c'est-à-dire actuellement à Paris, et, jusqu'à nouvel ordre, au bureau des renseignements de la Sorbonne.

2° Dans le but de lutter contre le développement des journaux gratuits, l'Association recommande à tous les journaux adhérents d'insérer sur la première feuille de chacun de leurs numéros la mention suivante : « La reproduction des articles originaux contenus dans ce numéro ert formellement interdite à tout journal ou revue ne faisant pas partie de l'Association internationale de la Presse médicale ». (Proposition de M. Cornil).

3° Pour faciliter le travail des rédacteurs, et dans l'intérêt même des auteurs, il est désirable que chaque mémoire original soit toujours accompagné d'un résumé en quelques lignes, faisant ressortir les faits nouveaux, les idées nouvelles qu'il apporte. Ces résumés, qu'il vaut mieux demander à l'auteur lui-même ou, qu'à son défaut, la rédaction devra établir, seront placés soit à la tête ou à la fin de l'article s'y rapportant, soit dans une partie spéciale du journal, soit même sur une feuille détachée, dans ce cas, envoyé uniquement aux rédactions des journaux médicaux. La reproduction intégrale du simple texte de ces résumés doit être interdite (Proposition de M. Blondel).

4° Les Associations affiliées à l'Association internationale devront, chacune dans leur pays, entreprendre une action auprès des pouvoirs publics pour obtenir que la publication d'articles-réclames, sous la signature ou le pseudonyme d'une personne n'ayant pas le droit d'exercer la médecine, soit assimilée à un exercice illégal et poursuivie par la loi.

La prochaine réunion du Comité permanent aura lieu à Londres, en août 1907.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Tribunal civil de Rochefort (Charente-Inférieure)
14 février 1906

Julien-Laferrière contre B...

« Attendu que le Dr Julien-Laferrière assigne devant ce Tribunal le sieur B... en paiement d'une somme de 2.000 francs, à titre de dommages-intérêts, prétendant avoir été de sa part l'objet d'accusations et d'imputations mensongères, susceptibles de porter atteinte à sa considération, au point de vue professionnel ;

« Attendu qu'il appert, en effet, des faits et documents de la cause qu'à la date du 12 juillet 1905, le demandeur consentit, sur la demande du Dr Thèze, médecin du Syndicat de garantie des Entrepreneurs à donner ses soins à B..., qui se plaignait de douleurs lombaires provenant d'une chute qu'il aurait faite, le 4 mai précédent, aux docks de Rochefort ; que ces soins consistaient principalement en un traitement électrique auquel il le soumit pendant quelque temps ; que c'est alors que le défendeur, bien que ce traitement n'ait pu que le soulager et atténuer le mal dont il était atteint, adressa des lettres de menaces au Dr Julien-Laferrière, l'accusant de l'avoir brûlé avec ses appareils électriques et porta contre lui, le 27 novembre dernier, une plainte au Parquet, alléguant qu'il avait été, par suite de l'impéritie du docteur, brûlé si profondément qu'il l'avait mis dans l'impossibilité de reprendre son travail, affirmant, en outre, que les Dr Damptos et Bosq, de Bordeaux, avaient constaté les faits de brûlure dont il faisait grief au Dr Laferrière ;

« Mais, attendu qu'à la suite de cette plainte, il fut constaté que c'est méchamment et mensongèrement que le sieur B... avait accusé le demandeur de l'avoir brûlé ; que non seulement le traitement auquel il avait été soumis n'était point de nature à lui faire les brûlures dont il se plaignait, mais encore que les Drs Damptos et Bosq n'avaient jamais tenu le langage qu'il leur prêtait ;

« Attendu que, dans les menaces adressées par écrit au demandeur, B... avait osé déclarer cyniquement que, s'il ne réussissait pas à obtenir de la Compagnie d'assurances ce qu'il lui demandait, il se retournerait contre lui pour l'actionner devant les Tribunaux ; que ces accusations n'étaient donc, en réalité, que des procédés d'intimidation pour arriver à ses fins ; que ces agissements, empreints de mauvaise foi, sont de nature à nuire au Dr Laferrière en portant atteinte à sa capacité professionnelle ; qu'ils lui ont donc causé un réel préjudice dont le défendeur lui doit réparation ;

« Attendu qu'étant donnée la situation pécuniaire de ce dernier, il échet de le condamner au paiement de 200 francs seulement ;

Attendu que B..., régulièrement assigné, fait défaut ; qu'il y a lieu, par suite, de le condamner par défaut ;

« Par ces motifs.

Donne défaut de B... qui ne comparaît pas, ni avoué pour lui ; en conséquence, le condamne, pour les causes sus-énoncées, à payer au Dr Julien-Laferrière la somme de 200 francs, à titre de dommages-intérêts et en réparation du préjudice qu'il lui a causé ; le condamne, en outre, aux dépens de l'instance, dont distraction au profit de Me Schneider-Lux, avoué, aux offres et affirmations de droit.

« Ainsi jugé et prononcé à l'audience publique du Tribunal civil de Rochefort. tenue le 14 février 1906, par MM. Gaston Paillier, président, Dexant et Lambert, juges ; en présence de M. Luzet, substitut, et Gérin, greffier. »

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat Médical de Mortagne

Séance du 2 octobre 1905, à Laigle, à la Mairie.

Présidence de M. le Dr Levassort.

Présents : MM. les Drs Chamousset, secrétaire ; Aury, trésorier ; Bire, Clupot, Grosnier, Decuyper, Forget, Jamin, Lemoine, Leroux, Pinoche, Szmizielski.

Excusés : MM. les Drs Bellier, Brisard. Mahé, Martelli, Mortagne.

Le Dr Chamousset donne lecture du procès-verbal de la séance du 1er mai.

Le Dr Levassort rend ensuite compte comme suit des incidents qui ont décidé le bureau à convoquer les membres du Syndicat à une réunion extraordinaire au mois de juin dernier :

En réponse à la protestation du Syndicat de Mortagne contre l'exclusion du service de la vaccine de certains confrères non inspecteurs de la Protection, j'avais reçu comme vous tous, mes chers Confrères, de M. le Sous-Préfet de Mortagne, la circulaire suivante :

SOUS-PRÉFECTURE DE MORTAGNE (Orne). — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mortagne, le 6 juin 1905.

e DIVISION — e SECTION

OBJET :

Le Sous-Préfet de Mortagne à Monsieur X..., médecin-inspecteur à .....

Pour répondre au vœu du Conseil général, M. le Préfet se propose de réviser les dispositions du règlement dressé par son prédécesseur, concernant la vaccination et la revaccination antivariolique.

L'article 4 du décret du 27 juillet 1903 prévoit le cas ou plusieurs communes pourraient être rattachées afin d'éviter aux médecins des déplacements exagérés.

Je vous serai obligé de vouloir bien examiner si, dans votre circonscription, il serait possible de créer des centres d'opération, tout en donnant aux familles les facilités auxquelles elles ont droit, dans un intérêt particulier comme dans l'intérêt général.

Vous voudrez bien également me faire connaître vos vues personnelles sur le tarif qui pourrait être adopté, en tenant compte de cette considération que tous les médecins devant être appelés à pratiquer la vaccine. le tarif des honoraires devra être sensiblement inférieur à celui que le Conseil général avait précédemment adopté.

Ces renseignements m'étant demandés pour *le 13 juin*, je vous serai reconnaissant de vouloir bien m'adresser votre réponse *le 12 de ce mois au plus tard*.

Veuillez agréer, je vous prie, Monsieur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Sous-Préfet,
Paul Maze.

Au reçu de cette circulaire, un échange d'observations eut lieu entre les membres du bureau qui, réunis le 10 juin, décidèrent de provoquer une réunion extraordinaire. De son côté, notre confrère L..., de N..., m'écrivit la lettre suivante :

N..., le 7 juin 1905.

Mon cher Confrère,

Je viens de recevoir de la Sous-Préfecture une circulaire où il est question d'abaisser fortement le prix qu'on nous avait accordé pour les vaccinations et revaccinations.

Le prix de 1 franc par opération me semble raisonnable et je trouve que le Syndicat a eu grand tort de protester dans sa dernière réunion (tous les membres du Syndicat sont médecins-inspecteurs).

J'espère que le Syndicat aura le bon esprit de faire maintenir ce prix. Peut-être une réunion extraordinaire serait-elle utile.

En tout cas, si ce prix n'est pas maintenu et si notre Syndicat cherche plutôt à nous nuire qu'à nous défendre, je vous prierai de me compter comme membre démissionnaire.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, mes sincères salutations de bonne confraternité.

Dr L...

P.-S. — Je vais attendre votre réponse avant d'écrire à la Sous-Préfecture. A mon avis, le mieux serait d'envoyer une réponse collective.

Je répondis en ces termes :

17 juin 1905.

Mon cher Confrère,

J'aurais voulu vous répondre plus tôt, mais je voulais provoquer une réunion du Bureau avant de le faire et, depuis ce moment, différentes circonstances m'ont empêché toute correspondance. Vous allez recevoir une convocation pour une réunion à Mortagne et j'espère bien avoir le plaisir de vous y voir.

Mon cher Confrère, vous êtes dans l'erreur en croyant que tous les membres du Syndicat sont médecins-inspecteurs : Decuyper, de Laigle ; Pinoche, de Moulins ; Aury, des Aspres ; Beauchef, de Laigle et peut-être d'autres, sur la situation desquels je ne suis pas fixé, ne sont pas inspecteurs et par conséquent vaccinateurs. Or, dans tout syndicat, on défend avant tout l'intérêt *général* de la corporation. *Un Syndicat ne peut s'occuper des intérêts particuliers qu'autant que ceux-ci ne sont pas en désaccord avec l'intérêt général du corps médical.* Dans le cas actuel l'intérêt général est de ne pas laisser créer de monopole en faveur de tel ou tel, mais de faire tous ses efforts pour que tout médecin puisse participer aux mêmes fonctions. Si, en effet, on continue de la sorte, nous serons bientôt fonctionnarisés. N'avez-vous point déjà été choqué de recevoir des avis ministériels sur le traitement de la diphtérie ; certes, nous employons tous le sérum et nous n'avions pas besoin des prescriptions de M. Waldeck-Rousseau sur les indications du sérum et la manière de s'en servir. Nous devons sauvegarder notre indépendance à tous et j'ai une trop haute idée de votre caractère pour croire que vous puissiez penser autrement. Vous viendrez à notre réunion et je suis certain, à l'avance, que nous nous entendrons très bien.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments très confraternels.

La réunion extraordinaire eut lieu le 23 juin, à Mortagne, dans le cabinet du Président.

Etaient présents : MM. Levassort, Aury, Brisard, Larigaudry, Pinoche, Mahé.

Excusés : MM. Chamousset, Clupot, Jamin, Decuyper, Leroux.

Je ne pus m'empêcher de faire remarquer combien les médecins, — même ceux qui se plaignent le plus de la situation faite au corps médical, — deviennent indifférents à leurs intérêts lorsqu'il s'agit de sacrifier un peu de leur temps à leur défense. Pareil égoïsme se comprend mal quand on voit de simples ouvriers consacrer une partie de leur salaire quotidien à la défense de leurs revendications et à l'amélioration de leur sort.

Après discussion, il fut décidé :

1° De répondre à la circulaire de M. le Sous-Préfet par l'envoi d'une délégation de membres du Syndicat à M. le Préfet ;

2° Que cette délégation serait composée de MM. Levassort, Aury et Jamin ;

3° Que cette délégation serait chargée d'exposer à M. le Préfet :

(*a*) Que l'augmentation du nombre des médecins n'entraînerait pas une augmentation de frais ;

(*b*) Que comme moyen de transaction et pour diminuer les frais résultant du grand nombre des revaccinations pendant les deux premières années, on pourrait supprimer les indemnités de déplacement à partir du 1er septembre prochain ;

(*c*) De soutenir devant M. le Préfet le projet Aury-Decuyper qui, par la création de bons de vaccination gratuite diminuerait considérablement les frais inhérents à ce service ;

(*d*) De demander à M. le Préfet d'établir lui-même des circonscriptions comprenant tous les confrères d'après la distance kilométrique. Dans le cas où des communes seraient trop éloignées et qu'il existerait plusieurs médecins dans le centre de la circonscription on en chargerait les médecins à tour de rôle en commençant par le plus jeune.

La délégation se rendit à Alençon le 18 juillet 1905.

Nous fûmes reçus par M. le Préfet avec la plus grande courtoisie.

Après avoir discuté les propositions de la délégation, M. le Préfet refusa l'offre de la suppression des indemnités kilométriques, disant que puisque cela avait été voté, il n'y avait pas à revenir sur cette décision.

M. le Préfet ayant demandé qu'un exposé écrit de nos revendications lui soit laissé, nous rédigions séance tenante les propositions suivantes :

a) En ce qui concerne **l'égalité de tous les médecins** :

1° Maintien de circonscriptions, *à cette condition que chaque médecin aura une circonscription.*

Cette proposition entraînera le partage de certaines circonscriptions actuelles sans augmentation de frais, le nombres des communes et des vaccinés restant le même. On ne fait que les partager entre les médecins naturalisés français ;

2° *Maintien du tarif actuel* puisque les frais ne sont pas augmentés.

b) En ce qui concerne **la liberté des assujettis** à la loi, autant qu'il est permis de se rapprocher de cette liberté :

Création de *bons de vaccination gratuite.* Les affiches ou lettres d'avis des maires, après avoir exposé la loi et les dispositions principales de l'arrêté diraient :

« Les personnes assujetties à la loi, *non indigentes*, pourront se présenter chez leur médecin habituel pour s'y faire vacciner aux conditions ordinaires.

« Les personnes *indigentes* et celles qui, *sans être indigentes*, voudront profiter de la gratuité devront se rendre à la mairie pour y demander *un bon individuel de vaccination gratuite.* »

Ces bons permettront aux titulaires de se faire vacciner à l'une des séances publiques qui auront lieu dans une des salles communes de la mairie aux dates indiquées sur les affiches.

Ces bons autoriseront également les titulaires indigents à se rendre chez les médecins de leur choix pour y être inoculés en séance privée et se soustraire aux séances publiques.

Les vaccinations gratuites se feront à la charge des contribuables et seront payées aux médecins à la fin de l'année sur présentation des bons.

De cette façon il sera peut-être réalisé quelques économies.

Ce projet assure autant qu'il est possible de le faire la liberté pour les non-indigents de se faire vacciner gratuitement et pour les indigents de se faire vacciner par le médecin de leur choix.

Enfin, ce projet doit satisfaire l'administration en lui permettant de suivre l'application de la loi, puisque le maintien des circonscriptions forme l'ossature d'une organisation administrative tout en donnant satisfaction au vœu des médecins au point de vue de l'égalité.

Le Trésorier, Dr Aury. — *Le Président,* Dr Levassort.

M. le Préfet, après avoir pris connaissance de cet exposé, nous remercia et promit de tenir compte de nos observations.

Ceci se passait, ne l'oublions pas, le 18 juillet ; de plus, le travail de nos délégués fut adressé sous forme de circulaire à MM. les Conseillers généraux.

Or, dans la session d'août, le Conseil général prenait cette décision inattendue qu'à partir du 1er janvier 1906 le prix des vaccinations, qui était de un franc, ne serait plus payé que 50 centimes.

Cette nouvelle tarification a soulevé de violentes protestations dans tout le corps médical comme en témoignent les lettres que j'ai reçues de plusieurs de nos confrères.

Je vous citerai entre autres celle de notre excellent confrère Foucher, d'Argentan :

Argentan, le 12-7-05.

Mon cher Confrère,

Il paraît que l'Administration nous met la vaccination à 0,50 centimes. Nous n'en voulons pas faire, à Argentan, à ce prix. Nous demandons un franc par vaccination, nous, fournissant notre vaccin et nos antiseptiques, ou bien nous demandons 0,75 centimes, l'Administration fournissant le vaccin et les antiseptiques. Sans cela, pas de vaccin.

Que les médecins s'entendent à ce sujet et nous remporterons la victoire ! En branle votre Syndicat et en branle l'Association de l'Orne ? Notre président, le Dr Labbé, est avec nous. Je l'ai vu ce matin et il approuve.

Cordialement à vous,

Dr Foucher.

Après le compte rendu, le Président cède la parole à M. Aury, qui lit le compte rendu de la situation financière, laquelle se traduit par:

Avoir	354 fr. 08
Dépenses	202 75
Excédent	151 fr. 33

plus un livret de caisse d'épargne de 1,131 fr. 07 et les intérêts en cours.

Le Dr Levassort donne lecture d'une lettre du

Dr Roué, de Longny, qui demande à faire partie du Syndicat ; son admission, appuyée par MM. Levassort et Szmizielski, est prononcée à l'unanimité.

A midi et demi, bien que l'ordre du jour ne soit pas épuisé, on se rend à l'*Hôtel du Dauphin* pour le banquet traditionnel où s'assoient tous les membres présents à la réunion, sauf le Dr Szmizielski.

On continue à table à s'entretenir du service de la vaccine et on cherche le moyen de faire parvenir nos justes revendications jusqu'à MM. les Conseillers généraux, car un grand nombre d'entre eux se sont plaints de n'avoir pas eu connaissance de notre circulaire.

Pour réparer cette regrettable omission et essayer d'éclairer complètement la religion de tous les membres du Conseil général, on décide, sur la proposition de MM. Jamin et Crosnier, de convoquer, à une réunion plénière, tous les Conseillers généraux et tous les médecins des arrondissements d'Argentan et de Mortagne.

La date est fixée au 18 octobre, huit jours avant la réunion du Conseil général.

On choisit comme lieu de rendez-vous Sainte-Gauburge comme étant le point le plus accessible au plus grand nombre.

Séance tenante, on rédige deux circulaires : L'une pour les Conseillers généraux et l'autre pour les Confrères de l'arrondissement.

La causerie sur cet intarissable sujet ne prend fin que sur l'invitation des conducteurs d'omnibus et d'autos de monter en voiture.

On se quitte en se donnant rendez-vous à Sainte-Gauburge pour le 18 courant.

DÉONTOLOGIE

Echange de bons procédés.

Un jeune médecin fort sympathique me racontait récemment qu'à peine installé dans un quartier, il avait fait une cinquantaine de visites aux médecins les plus proches de sa demeure et qu'on ne lui en avait rendu qu'une seule. C'est un ancien, qui, malgré une santé gravement compromise et des occupations fort absorbantes, avait tenu à prêcher d'exemple en répondant sans délai à une démarche courtoise.

N'est-ce pas inconcevable, et, après pareille indifférence, comment ne pas entrevoir sous un jour fâcheux les relations confraternelles à venir. Ce manque d'égards a de quoi déconcerter un débutant et lui donner une bien piètre opinion de ses prédécesseurs. Cela l'autoriserait presque à ne plus se gêner vis-à-vis de ses voisins, s'il n'était plus méritoire de déplorer intérieurement de telles grossièretés et de se montrer supérieur aux délinquants, en se gardant bien de les imiter.

Il est à remarquer que ces derniers se montrent empressés, polis, lorsqu'il s'agit d'un épicier, d'une concierge, d'un larbin quelconque, capables d'avoir la moindre influence sur leur clientèle. Ils font par intérêt ce que la civilité la plus élémentaire leur commanderait de faire par devoir et même par habileté.

A quoi bon mécontenter, froisser ou mal accueillir un nouveau venu, qui a droit de vivre comme les autres, et dont la concurrence sera d'autant moins à redouter qu'on se montrera plus convenable ?

Mais que dire des confrères qui refusent d'ouvrir leur porte à leurs pairs, qui leur font dire sur un ton rogue et en leur faisant remettre leur carte, qu'ils n'ont pas le temps de les recevoir ? C'est odieux, déplorable ; cela sent la basse-cour natale, le fumier originel ; cela permet de conclure que l'auteur de cet affront n'est qu'un malotru, un parvenu, qu'il a pu conquérir un diplôme mais n'a pas su se former, se dégrossir, apprendre, à défaut des belles manières, l'urbanité qui attire et sert si bien aux yeux du public ceux qui n'en font pas fi.

Admettons, par indulgence fraternelle, qu'il s'agit de malchanceux aigris, qui se figurent que tout praticien survenant amoindrira encore leur sort et ne pourra que leur nuire. Ce n'est pas prouvé, d'abord, et, en devrait-il être ainsi, ce n'est pas un acte de mauvaise humeur, une incongruité, qui changeront rien aux choses. Mieux vaut ne pas laisser paraître son dépit et garder une mine indifférente, selon la recette de Figaro, qui recommande de rire de tout, de peur d'être obligé d'en pleurer.

C'est si vite fait de déposer une carte ou de débiter quelques banalités durant cinq minutes.

Encore une fois, celui que vous molestez de prime abord, alors qu'il vous tend la main, n'aura plus de ménagements à garder, s'il n'est pas retenu par une délicatesse ou le propre sentiment de sa propre dignité. On le pousse à mal faire, à avoir une combativité sans réserve, en ne le payant pas de retour, en cherchant à le tenir à l'écart, comme une quantité négligeable ou méprisable.

Ce qui est vraiment méprisable et répréhensible, c'est de ne pas être hospitalier pour n'importe quel représentant de la corporation, de ne pas lui rendre son salut lorsqu'il s'est incliné, avec déférence.

Rien ne vous oblige, remarquez-le bien, à en faire votre compagnon, à entretenir des relations ultérieures, si vous n'y tenez pas, si vous avez des raisons de rester à l'écart. Mais vous devez commencer par vous exécuter ; une politesse en vaut une autre, et c'est manque de respect envers soi et envers ses confrères que d'agir autrement, à moins de vouloir provoquer sciemment une affaire avec tous les mécomptes et les ennuis qui peuvent en résulter.

Il n'est pas nécessaire que cette recommandation soit inscrite dans un code de déontologie, où elle mérite cependant d'être mentionnée ; elle est de bienséance primordiale et relève du grand principe, que nous ne devrions jamais oublier : ne faites jamais à autrui, surtout à un membre de la famille médicale à laquelle vous appartenez, ce que vous ne voudriez pas qu'on vous fît à vous-même.

On ne se contente pas parfois de mal accueillir nos cadets, qui, hier encore, s'imprégnaient pleins de confiance, des leçons de leurs maîtres, on cherche encore à les débiner, à les présenter sous un jour défavorable, à leur tendre des traquenards. Les langues féminines sont particulièrement perfides et redoutables, à ce point de vue ; maîtresses et servantes sont sans pitié comme sans justice, envers ce pelé, ce galeux, qui vient chasser sur les mêmes terres, se risquer dans les mêmes parages.

Et voilà l'origine de bien des conflits qui auraient pu être évités, le point de départ de haines, de rivalités sans merci, qui ne peuvent se manifester qu'au détriment de la profession. Les calomnies ou les médisances ont un fâcheux retentissement et achèvent d'amoindrir confiance et prestige

Qui pourra jamais supputer tout le mal qu'ont fait à eux-mêmes et aux autres les grincheux, les bavards, les inconscients, qui, dans les dîners, dans les réunions mondaines, se plaisent à mordre leur prochain, à colporter des accusations, à déceler des faiblesses, à narrer avec intempérance les bévues des grands pontifes, de certains chirurgiens, les erreurs de diagnostic des spécialistes les plus en vogue. A en croire ces contempteurs, qui ont la digestion peu indulgente, eux seuls seraient intègres, accomplis, désintéressés. Leurs propos acerbes sont recueillis avec soin, colportés, amplifiés, sèment la défiance, et plus d'un cabinet de consultations en subit le contre-coup.

Nous ne saurions trop nous tenir sur la réserve, lorsque nous sommes en public et même dans l'intimité. Nous devrions imiter les fils d'Albion qui se défendent constamment entre eux, qui s'efforcent de donner une haute idée de leur pays et accordent la préférence à tout ce qui est d'origine anglaise.

En faisant quelque chose d'analogue pour ce qui concerne la profession médicale, en ne permettant pas que les journalistes ou les philistins touchent à aucun des nôtres, en soutenant ceux qu'on voudrait prendre comme tête de turc, comme cible, au lieu de faire chorus avec nos adversaires, en contribuant à sauvegarder les apparences, chaque fois que c'est possible et même à jeter un voile sur les indignes, on arriverait à arrêter le courant de mésestime qui finira par submerger même les plus méritants, si ce cri d'alarme n'est pas entendu.

Aimez-vous les uns les autres, serais-je tenté de répéter avec une grande autorité biblique ; tout est là. — Pas d'impertinences, pas de saletés, vis-à-vis les uns des autres, car elles se retournent généralement contre leurs auteurs. La bise a soufflé, le public est sur le point de devenir injuste, à la suite de ceux qui lui ont appris l'irrespect ; hâtons-nous de réagir, d'aller de l'avant, le front haut, sans rien d'acerbe dans le geste ou dans le verbe.

La rénovation attendue est à ce prix !

Dr Grellety (de Vichy).

REPORTAGE MÉDICAL

Distinction honorifique. — M. le Dr Huguenin a reçu, le 22 mai, les palmes d'officier de l'Instruction publique, au cours de l'assemblée générale de l'Union des Femmes de France.

Nos lecteurs se réjouiront avec nous de cette distinction accordée à notre dévoué secrétaire de la Rédaction.

La réforme des études médicales.—Le ministre de l'instruction publique a été saisi, par une lettre de l'Union des Syndicats médicaux, du désir des praticiens d'être représentés dans une commission spéciale qui serait chargée de la réforme profonde de l'enseignement. Cette lettre a été publiée dans le *Bulletin de l'Union*.

A la délégation qui reçut audience à ce sujet, M. Briand a promis de faire faire une étude très approfondie de la question et de poursuivre, de la sorte, une réforme sérieuse de l'enseignement médical, et non un simple remaniement des programmes, des cours et des examens tel qu'il a été proposé à son prédécesseur par les Facultés seules consultées.

Le Congrès d'exercice illégal.— Il s'ouvrira le 28 mai, le lendemain de l'Association Générale des Médecins de France. Trop de médecins, pour excuser leur apathie et leur indifférence, ont essayé de paralyser l'effort en émettant et propageant le doute sur les futurs résultats. Ceux-ci seront pourtant ce que nous voudrons qu'ils soient si nous savons poursuivre l'application des vœux qu'il fallait bien préciser d'abord.

Nous croyons savoir que les congressistes feront banquet commun avec les délégués de l'Association Générale, groupant ainsi des magistrats, des avocats, des journalistes et des représentants du corps médical, venus de toutes les régions de la France et tous préoccupés de mettre un terme à l'exploitation de la santé publique par les toqués et les malandrins,

La Lumière idéale. — Eviter de transformer en chaleur une partie de l'énergie électrique destinée à être transformée en lumière, tel est, dit la *Quinzaine thérapeutique*, le problème qu'il s'agit de résoudre pour obtenir un système idéal d'éclairage. Le docteur J.-A. Fleming, vient de faire une expérience qui prouve que le problème n'est pas impossible ; ce mot a, du reste, été rayé du vocabulaire scientifique, exception faite des propositions dont l'énoncé renferme une contradiction mathématique comme, par exemple, la construction d'une machine réalisant le mouvement perpétuel.

Voici en quoi consiste l'expérience de M. Fleming. Un tube, dans lequel il a fait le vide, contient un petit corps qui, actionné par des électrodes placés à des points convenables autour de lui, le rend brillamment phosphorescent, produisant des rayons lumineux, à l'exclusion des rayons caloriques.

Cette expérience ne résout pas le problème au point de vue industriel, mais elle démontre la possibilité de le résoudre et même indique aux inventeurs la voie qu'ils devront suivre, ce qui est déjà énorme. En effet, la théorie du phénomène est la suivante : De même que l'électricité est produite par la vibration des électrons dont se composent les ions, la lumière est le résultat de la vibration des ions dont se composent les atomes, et c'est la vibration de ces derniers, considérés comme des unités cosmiques, qui produit les rayons calorifiques. L'expérience de Fleming prouve que, si l'on parvient à provoquer la vibration des ions des atomes, sans provoquer celle des atomes eux-mêmes, on aura obtenu d'une façon pratique la lumière froide, sans perte d'énergie, c'est-à-dire l'éclairage idéal.

Un Institut de science psychique.— Nous allons avoir à Paris un institut général de psychologie, Sorbonne nouvelle où seront étudiés tous les phénomènes si inquiétants et si attirants à la fois de la subconscience, et où des savants de tous pays s'uniront pour rechercher les causes de la criminalité et les moyens de guérir les plaies sociales.

L'idée de cet institut, on la doit à des hommes de philosophie et de laboratoire, tels que : MM. d'Arsonval, Brouardel, Boutroux, Gariel, Giard, A. Picard, Sully-Prud'homme, membres d'un Institut psychologique plus modeste, créé à Paris il y a quelques années, sur l'initiative de M. Serge Youriévitch.

L'exécution, on la devra à M. Dubief qui, par un arrêté du 26 janvier dernier, autorisait une loterie de 4 millions de francs, dont le produit serait destiné à l'achat d'un terrain et à la construction d'un édifice comprenant une série de laboratoires outillés, une bibliothèque et un musée.

La France sera la première à posséder un institut de cette nature. Elle aura eu l'honneur de donner à une science nouvelle un organe nouveau.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.

Vingt-huitième année N° 22 3 JUIN 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le Secret Professionnel médical et la Magistrature.

Nous lisions, ces jours derniers, dans le compte-rendu judiciaire de l'affaire sensationnelle qui vient d'être jugée par la cour d'assises de Bordeaux, le passage suivant :

Se succèdent à la barre les cinq médecins qui ont soigné M. Canaby, au cours de sa maladie, les docteurs Guérin, Rondeau, Chambreland, Riteau et Villars. D'un commun accord, pour éviter de répondre aux questions qui leur sont posées, ces messieurs se sont retranchés derrière le secret professionnel. Le président se fâche et s'impatiente :

— Vous n'avez pas une conception exacte de la loi ; ici, vous devez dire la vérité et toute la vérité. *Vous prêtez serment, le secret professionnel n'existe plus.*

Tel n'est pas l'avis des praticiens, qui persistent dans leur mutisme. Pour en finir le président s'adresse à l'accusée elle-même.

— Puisque vous ne cessez de dire que vous voulez que la lumière et toute la lumière soit faite dans cette affaire, *il vous appartient de délier ces messieurs du secret professionnel.*

Mme Cabany hésite ; mais, sur les objurgations de son défenseur, elle accorde toutes libertés aux témoins. Ceux-ci pourtant n'en profitent pas. M. le docteur Villars déclare, en effet, que la conscience de son devoir dépasse toutes les autorisations données. Il ne parlera pas, et ses confrères l'imitent. (*Le Matin*, 27 mai 1906.)

Nous ne pouvions pas croire à l'exactitude de ce compte rendu, bien que le récit du chroniqueur du *Matin* fût corroboré par ceux de ses collègues des autres grands quotidiens.

Il nous semblait impossible que de pareilles hérésies, relativement à l'obligation du secret professionnel des médecins, aient pu sortir de la bouche autorisée d'un haut magistrat, comme M. Pradet-Balade, chargé de présider la session des assises à la Cour de Bordeaux.

Il nous semblait en tous cas impossible que M. le procureur général Lénard, gardien de la loi, ait laissé passer ces théories juridiques sans protester et sans rappeler au président les règles que la jurisprudence a dégagées des dispositions de l'art. 378 du Code pénal.

Mais la suite des débats, dans lesquels d'ailleurs, a éclaté une fois de plus l'absurdité de notre organisation judiciaire en matière criminelle, qui fait du président un second accusateur public, toujours d'après les comptes rendus judiciaires, est de nature à nous faire penser que M. le procureur général partageait les idées du président sur la question du secret. En effet, dans son réquisitoire, d'après le *Temps* du mercredi 30 mai :

Le Procureur général fait ensuite le procès des médecins qui se sont retranchés derrière le secret professionnel, alors que peut-être par leur déclaration, ils pourraient innocenter l'accusée.

« S'ils ne parlent pas, s'écrie le Procureur gé-
« néral, s'ils ne viennent pas dire ce qu'ils savent,

« *ce ne sont pas des honnêtes gens* ». (*Mouvement prolongé dans l'auditoire.*)

De son côté, le *Journal* (nº du mardi 29 mai) analyse ainsi ce passage du réquisitoire :

« Quant aux médecins, il faut regretter l'opinion qu'ils ont du secret professionnel et l'idée inexacte qu'ils se font des devoirs que leur impose le respect de ce secret. Il semble, au contraire, qu'en présence de la véritable torture que subit Mme Canaby depuis les trois mois que dure sa prévention, le devoir des médecins *eût été, si elle est innocente, de le proclamer, en admettant qu'il en soit résulté, pour le secret professionnel, une légère entorse.* Les médecins en agissant ainsi, eussent fait preuve de sentiments humains. »

D'entendre de pareilles paroles retentir du haut d'un siège aussi élevé, les bras en tombent, n'est-il pas vrai ?

Serait-il possible qu'à la Cour de Bordeaux on ignorât les règles ci-après :

1º « En droit, l'obligation du secret implique « pour ceux qui y sont soumis en vertu de l'article 378, C. pén., l'interdiction de révéler, *même « lorsqu'ils sont appelés à déposer en qualité de « témoins*, les secrets dont ils sont devenus *dépo« sitaires à raison de leur état ou de leur profes« sion* ; la justice ne peut demander un élément « de preuve à une déposition faite en violation « du secret professionnel. » Cass. Ch. Crim., 10 mai 1900. Proc. gén. de Besançon, c. Girard (Sirey, 1901, 1, p. 167). — Cass. ch. crim., 26 juillet, 1845 (Aff. Saint-Pair) Dalloz 1845, 1,340. Sirey 1845, 1.577), etc.

2º « L'obligation imposée à l'avocat (même rè« gle pour le médecin) de garder un secret invio« lable sur tout ce qu'il apprend dans l'exercice « de sa profession est absolu et d'ordre public ; « tellement qu'il ne saurait appartenir à personne, « *pas même au client qui l'a consulté*, de l'affran« chir de cette obligation. Cass. ch. crim., 11 mai « 1884, 1,52).

— « L'obligation pour un médecin de ne pas « révéler des secrets professionnels est absolue. « Cette obligation prime celle où est le témoin « de dire tout ce qu'il sait sur le fait que son té« moignage a pour objet d'éclaircir. *Il ne peut « même pas être relevé de cette obligation par l'in« téressé lui-même.*— Aix, 19 mars 1902. *Gaz. Trib.*, 24 août 1902. Voir note de Le Poittevin, prof. à la Faculté de droit de Paris. Sirey, 1896, 1, p. 82, 2e et 3e colonnes).

« 3º Le témoin lié par le secret professionnel « peut, *soit avant, soit après la prestation de ser« ment*, et en obéissant à ce dont sa conscience « lui fait un devoir, se refuser à faire connaître « des faits sur lesquels il ne lui est pas permis de « s'expliquer ; au surplus il ne peut connaître par « avance les questions qui pourront lui être adres« sées, dont quelques-unes peuvent s'appliquer « à des faits n'ayant pas un caractère confidentiel « et à raison desquels il peut éclairer la justice. (Cass. Ch. Crim. 18 août 1882. Sirey,1885, 1, 141.)

Il n'est pas vraisemblable que le Président des assises de Bordeaux ait ignoré toutes ces choses, qu'un étudiant de seconde année sait sur le bout du doigt. Evidemment, ce sont les journalistes qui furent atteints simultanément d'une hallucination de l'ouïe.

Comment serait-il possible, en effet, que de si hauts magistrats se laissent emporter par leur ardeur dans la recherche de la vérité, à étayer l'accusation sur la perpétration d'une violation de la loi ?

Ne serait-ce pas inouï, invraisemblable jusqu'à l'absurde, qu'un conseiller à la Cour dise à un témoin, rentrant dans la catégorie des confidents nécessaires : « Maintenant que vous avez prêté serment de dire toute la vérité, sans savoir d'ailleurs quelles questions vous seront posées, il n'y a plus pour vous l'obligation du secret ?

N'est-ce pas une imagination d'une fantaisie débridée que de nous représenter des magistrats chargés de faire respecter la loi, s'employant à provoquer les citoyens à la violer ?

Est-ce que nos magistrats ne sont pas tous convaincus que la preuve d'un délit ou d'un crime ne peut être obtenue au moyen de délits ou d'infractions aux lois et qu'il n'est pas plus permis de prouver la culpabilité d'un accusé en provoquant des témoins à violer une disposition légale, qu'en surprenant, par exemple, au moyen du téléphone, les confidences de quelque prévenu ?

On a mal compris, j'en suis sûr, les paroles prononcées par M. le Procureur Général de Bordeaux et on les a involontairement travesties.

Comment voulez-vous qu'un orateur aussi sûr de sa parole, ait pu dire : « Qu'importe que le devoir professionnel reçoive une légère entorse » qu'il ait émis cette étrange proposition : « Le devoir des médecins eût été, *si l'accusé est innocente*, de le proclamer », sans apercevoir le danger de cette théorie, pour les accusés, qui verraient se dresser contre eux une charge terrible, quand les médecins se tairaient, au cas où l'on admettrait qu'ils doivent parler toutes les fois que l'accusation leur paraît mal fondée ?

Enfin, M. le Procureur s'est certainement écrié, non pas : « Si les médecins ne viennent pas dire ce qu'ils savent, ce ne sont pas des honnêtes gens », mais au contraire : « Si les médecins venaient dire ce qu'ils savent et ont appris à l'occasion de leur profession, ce ne seraient pas des honnêtes gens ! »

On est un honnête homme, en effet, lorsque, quoi qu'il en coûte, quelque conséquence préjudiciable il doive en découler pour votre tranquillité, on obéit au Devoir et à la Loi qui en est l'expression. On ne serait pas honnête si on obéissait pas aux provocations à violer la Loi, d'où qu'elles partent.

Déjà l'année dernière, un membre du « Sou médical », appelé comme témoin dans une affaire de suppression d'enfant, dont était accusée une femme à laquelle il avait donné ses soins, avait été fort malmené par le Président des assises, lorsqu'il s'était retranché derrière le secret professionnel pour ne rien dire sur les faits faisant l'objet de l'accusation, après avoir prêté serment comme témoin. Il avait même été menacé d'être traîné lui-même à la barre comme *complice* ! Rien que cela. Le « Sou médical », saisi de l'incident, avait décidé d'intervenir auprès de M. le Garde des Sceaux pour obtenir une enquête, et s'il y avait lieu, la réparation de ce grave abus judiciaire, lorsque spontanément, quelques jours après le verdict, le Président des assises était allé exprimer ses regrets d'un incident dans lequel il reconnaissait avoir eu tort. L'affaire en resta là.

Il semble qu'après l'affaire de Bordeaux, le de-

voir du Corps médical est de tirer au clair les incidents que la Presse a relatés.

S'il était exact, — ce que nous ne pouvons admettre à la lecture de simples articles de reportage, — que des magistrats aient, pour ainsi dire, mis à la question des médecins pour les contraindre à violer le secret professionnel, il faudrait obtenir que de pareils procédés d'inquisition ne se renouvellent pas. En présence d'injonctions basées sur des théories juridiques plus que discutables, puisque contraires à des décisions de la Cour suprême, théories que les médecins, qui ne sont pas des juristes, ne sont pas toujours en mesure de réfuter, en présence aussi parfois de menaces émanant des représentants de la Loi, n'est-il pas à craindre que des hommes moins avertis que les cinq docteurs de Bordeaux ne se laissent intimider? Et alors que devient l'obligation du secret, édictée dans un intérêt d'ordre public, supérieur à l'intérêt de la répression ? Que deviendrait la sécurité des familles, incertaines, à l'entrée du médecin au foyer, du sort qui sera réservé à leurs confidences et aux secrets que l'homme de l'art pourra surprendre, grâce à la confiance qu'il inspire ?

Il serait donc nécessaire, à notre humble avis, qu'une délégation des Associations médicales demandât au Garde des Sceaux de prescrire une enquête, et, si les résultats venaient, chose à peine vraisemblable, à confirmer les indications des chroniques judiciaires, de rappeler, par une circulaire aux Procureurs généraux et aux magistrats de cours et tribunaux, les règles dégagées par la jurisprudence des dispositions de l'article 378 du Code pénal, de manière à préserver la loi elle-même des atteintes que semblent vouloir y porter par excès de zèle ceux qui ont pour mission de la défendre et de la faire observer.

Georges Gatineau,
Avocat à la cour de Paris.
Conseil du *Sou médical.*

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

(27 Mai 1906.)

L'assemblée générale du 27 mai a laissé à tous les délégués une remarquable impression d'esprit de concorde et de dévouement général au labeur de la défense et de la protection commune.

Le compte rendu suivant du distingué secrétaire général, dont tous les points furent successivement approuvés, après discussion utile et féconde, résume parfaitement la tâche accomplie en cette bonne journée qui prépara si utilement celles du Congrès d'exercice illégal.

Rapport de M. le Dr Lereboullet,
Secrétaire général

Messieurs et chers Collègues,

L'an dernier, en rappelant, dans mon rapport annuel, tout ce que peut, tout ce que veut, tout ce que doit l'*Association générale des médecins de France*, je redoutais le reproche que l'on adresse souvent à ceux qui ont dépassé l'âge de la retraite, celui de rabâcher incessamment les mêmes choses. Et pourtant, cette année encore, à deux reprises différentes, j'ai pu constater que beaucoup de nos confrères, et parmi eux plusieurs membres de l'Association, n'avaient qu'une idée inexacte et peu précise de son rôle et du but qu'elle prétend atteindre.

Je ne puis cependant revenir chaque année sur le même sujet. Je me contenterai donc de résumer ici, aussi succinctement que possible, les nombreuses questions qui, cette année, ont plus particulièrement sollicité l'attention du Conseil général. Ces questions ont été énumérées dans le *Bulletin*. Si je les rappelle, c'est pour bien faire ressortir une fois de plus que l'Association n'est pas seulement une œuvre de bienfaisance, mais qu'elle prétend rester une œuvre de mutualité et de défense professionnelle. C'est aussi pour bien marquer que, sur toutes ces questions, nous restons en parfaite communion d'idées avec tous les délégués des sociétés unies. Cette union devient chaque jour plus nécessaire. Si nous nous efforçons de défendre, avec la plus vive sollicitude, vos intérêts trop souvent menacés; si nous luttons pour faire prévaloir vos justes revendications, il importe que, de votre côté, vous restiez tous d'accord avec nous et que, dans les luttes qui vont continuer, nous ayons l'assurance de porter la parole au nom des neuf mille médecins qui font partie de l'Association. Le jour où ces neuf mille médecins s'entendront pour faire prévaloir partout et toujours les mêmes idées; le jour où ils sauront faire comprendre qu'ils ont le droit d'exiger le relèvement de leur situation professionnelle, il n'est pas douteux que les persécutions, les menaces injustifiées, les révocations imméritées, que vos lettres nous font connaître, diminueront singulièrement.

Les médecins chargés de fonctions publiques ne se verront plus évincés sous prétexte qu'ils ne partagent pas les opinions politiques de leurs préfets. Ceux-ci seront rappelés à une plus juste appréciation des contrats loyalement consentis entre les administrations diverses et le corps médical. Ils seront forcés de reconnaître également que, sans le concours des médecins, les lois relatives aux accidents du travail et à l'assistance médicale gratuite ne pourront être normalement appliquées. Ils apprendront que si le médecin consent de lourds sacrifices pour favoriser l'essor de la mutualité, s'il persiste à se prêter à toutes les combinaisons qui peuvent rendre moins onéreux pour les sociétés mutuelles le service du traitement à domicile, c'est à la condition formelle que *le malade ait toujours le libre choix de son médecin* et que les honoraires de celui-ci ne soient jamais plus réduits à un taux dérisoire.

Mais, pour qu'il en soit ainsi, l'union la plus intime, l'unanimité dans les revendications jugées légitimes et nécessaires sont indispensables. J'ajouterai que l'activité et l'exactitude de nos

correspondants devront s'accroître en raison des difficultés incessantes que présente le but à atteindre. Ceux qui menacent les intérêts matériels du corps médical ont parfois raison de compter sur son apathie et nous constatons trop souvent nous-mêmes combien on semble, dans certains milieux, se désintéresser des questions les plus importantes. Laissez-moi donc, mes chers Collègues, en vue de solliciter de vous un concours qui nous est plus nécessaire que jamais, commenter les principales questions qui doivent, plus particulièrement encore cette année, solliciter votre attention.

***

Il en est une qui, je l'espère, ne soulèvera plus de discussions. L'année dernière, le Conseil général a été invité par un vote presque unanime à vous apporter un contrat entre l'Association générale et ses caisses annexes. Ce contrat, dont vous avez lu le texte au *Bulletin* et dont on vous donnera lecture avant de vous demander un vote définitif, a été unanimement accepté par les représentants autorisés des Caisses annexes et voté par leurs Assemblées générales. Il ne fait que consacrer ce qui a toujours été affirmé ici depuis le jour où fut votée la loi du 1er avril 1898 et où, répondant aux instantes sollicitations de tous nos jeunes confrères, nous avons décidé que l'Association générale, *qui a toujours été une société de secours mutuels*, ferait tous ses efforts pour créer ou s'adjoindre des associations de *prévoyance* et pour aider, dans la mesure de ses ressources, ceux de ses membres qui, en vue d'assurer leur avenir, consentiraient de lourds sacrifices pour s'affilier à ces associations.

Les deux contrats que nous allons signer avec les sociétés annexes ne font que confirmer ce que nous vous disions en 1898, ce que nous avons toujours répété depuis.

Liée par ses statuts, par les engagements qu'elle a contractés avec ses plus anciens pensionnés, par la nécessité inéluctable que leur imposent les testaments ou les actes de donation de ses bienfaiteurs, par les vœux souvent exprimés par un très grand nombre de ses sociétaires, l'Association générale entend ne rien changer au fonctionnement de la Caisse des pensions viagères d'assistance ou de la Caisse des veuves et orphelins. Elle continuera donc à allouer à tous ceux qui en feront la demande et qui rempliront les conditions statutaires, des pensions inaliénables de 800 francs et de 1.000 francs. Elle continuera aussi à subventionner les sociétés unies pour les mettre à même d'accorder aux sociétaires nécessiteux, à leurs veuves et à leurs orphelins, des allocations temporaires ou des secours renouvelables.

Mais elle a voulu faire plus et mieux. Elle entend *assurer* à tous les prévoyants qui se se sont inscrits aux Caisses de pensions de retraite ou d'indemnité en cas de maladie *la certitude* de ne jamais être rayés disciplinairement, lorsqu'ils seront pour un temps limité, ou même, en cas de détresse, lorsqu'ils seront pour toujours empêchés de verser les cotisations que des statuts rigoureusement équitables leur imposent. Elle veut, elle doit tenir compte à ces prévoyants des efforts méritoires qu'ils ont fait en vue d'assurer leur avenir et celui de leur famille. Elle désire, dans ce but, avoir toujours une réserve suffisante pour être en mesure de remplir son devoir, dans toutes les circonstances qui se présenteront, soit en cas d'épidémie, en ce qui concerne les indemnités de maladie, soit en cas d'insuffisances de ressources lorsque les membres de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français seront, en assez grand nombre, hors d'état de payer leurs cotisations.

En agissant ainsi, l'Association générale unira, je ne cesse de le répéter, l'assistance à la prévoyance. Elle fera œuvre de bienfaisance et œuvre de mutualité.

Elle montrera leur devoir aux jeunes confrères qui tardent trop à s'inscrire à nos Caisses de prévoyance. Elle affirmera hautement que, *seule* de toutes les œuvres semblables, elle est en état de *garantir* à tous ses sociétaires la sécurité absolue de leurs placements mutualistes. Puissent les médecins qui s'efforcent trop souvent de fonder, en dehors de l'Association, des œuvres dont l'avenir est gros de dangers parce qu'elles ne peuvent compter ni sur le nombre des adhérents ni sur les économies accumulées par nos devanciers, ni sur les dons et les legs qui ont fait notre prospérité, comprendre mieux nos statuts et les commentaires qui les accompagnent. Ils verront alors combien ils s'illusionnent sur les avantages offerts à ceux qui s'inscrivent parmi les membres d'une société mutuelle quelconque dont les charges seront infiniment supérieures aux nôtres et dont les avantages seront toujours aléatoires.

En adoptant à l'unanimité les contrats que nous allons vous soumettre, vous leur prouverez, mes chers Collègues, que nous voulons honorer et non humilier les membres de l'Association en leur votant des pensions d'assistance ou des subventions en vue d'acquitter leurs cotisations de prévoyance, que nous n'entendons leur imposer ni démarches pénibles, ni enquêtes désobligeantes, mais que nous prétendons agir confraternellement en tenant secrètes les mesures prises en vue de donner à tous ceux *qui en ont besoin* l'appui moral et matériel d'une association qui doit aide et protection à tous ses membres.

***

Le 21 octobre dernier, une circulaire spéciale appelait votre attention sur l'arrêté de M. le Ministre du Commerce publié à l'*Officiel* le 9 octobre et fixant le tarif des honoraires médicaux pour les accidentés du travail. Nous vous demandions de nous transmettre d'urgence les réclamations que prévoyaient les §§ 2 et 3 de l'article 1er de l'arrêté ministériel. Le 15 novembre 1905 un nouvel appel vous était adressé. Et le 15 janvier 1906 nous étions obligés de constater que sur les 192 réclamations individuelles que nous avions remises au ministère, 64 seulement auraient pour effet de faire relever le chiffre de la visite dans certaines localités.

Dans la circulaire qui vous a été adressée le 15 janvier (*Bull. p. 57*) et que je n'ai pas à reproduire, nous vous avons instamment sollicités de garder une copie des termes précis de la circulaire ministérielle qui établit que le tarif n'est applicable qu'en cas de contestation judiciaire et alors que le médecin a été choisi par le blessé et non par le patron. Dans tous les autres cas, le médecin a toujours le droit de fixer le taux de ses honoraires suivant les usages locaux et d'exiger ces honoraires du patron lui-même et de lui seul.

Nous ajoutions cependant que les charges imposées à tous les chefs d'industrie pourraient, dans bien des cas, inciter plusieurs d'entre eux à demander aux médecins une réduction sur les taux d'honoraires précédemment acceptés sans contestation; que, dans certains cas et dans certaines localités, des procès pourraient amener les magistrats à fixer eux-mêmes le chiffre de ces honoraires et que, souvent, malgré le droit que conserve le médecin (*lorsqu'il a été appelé par le chef d'entreprise*) d'exiger un chiffre d'honoraires supérieur à celui qu'indique le tarif ministériel, le juge de paix ou le président du tribunal se serviront de ce tarif pour la fixation définitive des honoraires du médecin. Il importe donc que le tarif officiel, si équitable qu'il semble à divers points de vue, soit revisé, tout au moins en ce qui concerne les indemnités de déplacement. Nous vous avons déjà demandé à diverses reprises; nous vous demandons une fois de plus de nous envoyer à cet égard toutes les observations, toutes les réclamations que la Commission du tarif qui va se réunir prochainement aura à faire valoir.

Vous savez quelles ont été l'énergie et l'insistance des délégués du Corps médical au cours des nombreuses et laborieuses séances qui ont eu lieu pour fixer le tarif publié le 9 octobre 1905. MM. Brouardel, Dubuisson et Jeanne sont prêts à lutter encore pour faire améliorer les conditions fixées par ce tarif. Mais il est indispensable qu'ils soient armés de documents précis, que seuls vous pouvez leur fournir et que, pour mieux défendre vos intérêts, ils connaissent exactement les vœux que vous avez à formuler en faveur du relèvement de certains tarifs et des circonstances locales qui rendent ce relèvement aussi légitime que nécessaire.

*
* *

Je viens de relire attentivement dans divers journaux et principalement dans l'*Avenir de la Mutualité*, tout ce qui a été écrit au sujet d'une question des plus graves et des plus urgentes à résoudre, celle qui doit régler les *rapports entre les médecins et les mutualistes*.

Après avoir essayé longtemps de concilier les vœux exprimés par le Corps médical avec les habitudes prises par un grand nombre de Sociétés de secours mutuels, après avoir médité tout ce que disaient à cet égard les représentants les plus autorisés des mutualistes, nous étions arrivés à cette conclusion que l'essor formidable qu'a pris dans ces dernières années la mutualité sous toutes ses formes va bientôt, suivant l'expression de M. P. Deschanel, faire de la République française une vaste mutualité, de telle sorte que, dans bien des localités, tous les clients du médecin seront des mutualistes.

Or, si nous applaudissons toujours au mouvement qui tend à grouper de modestes travailleurs, à rendre plus efficaces les efforts qu'ils ont faits pour se suffire à eux-mêmes et pour éviter les risques de la maladie et du chômage, nous admettons plus difficilement que des rentiers, des chefs d'industrie, des fermiers ou des propriétaires fonciers, dont l'aisance est notoire, continuent à demander aux médecins qui les soignent, eux et leurs familles, des réductions d'honoraires qui ne peuvent s'expliquer que par la détresse de ceux à qui on les consent.

Nous reconnaissons, d'autre part, que « non seulement il est difficile d'exclure des Sociétaires dont l'aisance même serait reconnue, surtout si cette aisance avait été acquise pendant la durée du sociétariat, mais que c'est légalement impossible (1) »; qu'un contrat ayant été signé entre la Société et le Sociétaire, celui-ci acquiert, le jour de son admission, et garde à jamais les mêmes droits que tous ses collègues; que, dès lors, il est illusoire de demander aux Sociétés de Secours mutuels, soit de n'admettre comme membres participants que des nécessiteux, soit d'imposer le titre de membres honoraires à ceux qui se sont enrichis pendant la durée de leur affiliation à la Société mutuelle.

Ces conditions étant admises par tous, médecins et mutualistes, il semble évident que le système qui consiste à demander à un médecin de soigner les membres d'une Société de secours mutuels moyennant un chiffre d'honoraires très réduit et fixé à l'avance pour l'année entière, c'est-à-dire le système dit *à l'abonnement*, est aussi injuste que dangereux pour l'avenir.

Ce système est, de plus, en opposition formelle avec les intérêts bien entendus du mutualiste. Celui-ci doit *avoir le droit de choisir son médecin*. L'an dernier, M. le Président Brouardel vous a expliqué pourquoi ce droit devait être considéré par tous comme une règle absolue et intangible et comment le devoir du médecin était de faire appel, dans l'intérêt même du malade, à toutes les ressources diverses que les progrès de la médecine lui offrent, aussi bien au point de vue diagnostique qu'au point de vue thérapeutique. De mon côté, j'ai cru devoir reproduire la communication faite par notre collègue Gairal au Conseil supérieur de la mutualité et demander, avec lui, que les Sociétés de secours mutuels au lieu d'imposer un médecin choisi par elles à tous leurs sociétaires, au lieu d'allouer à ce médecin-fonctionnaire des honoraires (ou appointements) fixés à l'avance, soient invitées à allouer à tout participant malade une indemnité spécialement affectée au paiement des frais médicaux et pharmaceutiques, cette indemnité restant distincte de l'indemnité journalière d'incapacité de travail. Le 15 janvier dernier, une note spéciale appelait votre attention sur ce sujet, qui intéresse un si grand nombre de nos confrères. Cette note a provoqué un vif émoi au sein des associations mutuelles et les questions qu'elle soulève vont sans doute être l'objet d'un nouveau débat entre les représentants autorisés des Sociétés de secours mutuels et ceux du Corps médical. Si cette conférence a lieu, je ne manquerai pas de rappeler à ce sujet les paroles prononcées ici-même par M. le Directeur de la Mutualité : « Une troisième combinaison, déclarait l'an dernier M. Barberet, consisterait à donner au malade une indemnité pécuniaire et le choix de son médecin si bon lui semblerait Comme l'a dit M. le président Brouardel, ce dernier mode permettrait au mutualiste malade de se faire soigner par le docteur qui aurait sa confiance. En pareil cas, c'est beaucoup, et le dicton de la foi qui sauve est ici appréciable. *Pour ma part, je n'y vois aucun inconvénient*. Le remède aux abus éventuels se trouverait dans la création de comités médicaux de contrôle.. »

Il semble en effet, que rien ne serait plus facile

(1) *Avenir de la Mutualité*, 10 février 1906.

que d'organiser les rapports des mutualistes avec les médecins dans les conditions suivantes.

Le mutualiste malade fait appeler le médecin de son choix. Celui-ci fixe à son gré et suivant les habitudes locales et la situation de fortune du malade le taux de ses honoraires. De son côté, la Société, à qui la maladie est notifiée immédiatement, la fait constater par un médecin contrôleur chargé non seulement de vérifier la durée de l'incapacité de travail mais encore d'apprécier, en raison de la nature de la maladie, le taux légitime de l'indemnité journalière que devra la Société. Chaque semaine ou chaque mois, suivant les conventions acceptées de part et d'autre, le médecin et le pharmacien envoient leur note d'honoraires — ou encore. à chaque visite ou à chaque fourniture de médicament retirent d'un carnet de chèques, dont le talon mentionnera la somme déboursée. une feuille sur laquelle ils auront inscrit la date de la visite ou l'énumération des médicaments fournis. Ces chèques ou les notes hebdomadaires d'honoraires sont envoyés au trésorier de la Société de secours mutuels qui en acquitte le montant sauf déduction d'une retenue de 5 0/0 ou 10 0/0 au bénéfice de la Société. Si les chiffres réclamés par le médecin ou le pharmacien excèdent ceux de l'indemnité journalière totale allouée par la Société, le médecin contrôleur choisi par celle-ci sera appelé à arbitrer la contestation. En tout cas, ce sera le malade qui sera appelé à solder la différence, la Société n'étant tenue qu'à débourser la somme qu'elle aura statutairement fixée chaque année pour le service de l'indemnité de maladie et par jour de maladie.

Il est bien évident qu'en agissant de la sorte, le médecin qui connaît ses clients ne demandera qu'une somme infime à ceux qu'il sait nécessiteux et proportionnera le chiffre de ses honoraires à la fortune de chacun, à la gravité de la maladie, à l'importance des interventions, au désir de se faire et de conserver une bonne clientèle. Le malade qui sait qu'il sera appelé à solder la différence entre le chiffre d'honoraires fixé par le médecin traitant et le taux de l'indemnité fixé par le médecin contrôleur de la Société n'aura aucun intérêt à demander un trop grand nombre de visites et peut-être s'apercevra-t-il bientôt que les médecins les plus réputés, ceux qui lui demandent le taux d'honoraires le plus élevé sont précisément ceux qui lui feront le moins de visites. Quant à la Société, ayant prévenu tous ses adhérents qu'elle ne dépasserait jamais, par journée de maladie, un taux fixé à l'avance, elle n'aura pas à se préoccuper ni du nombre des visites ni des honoraires attribuables à ces visites. Elle aura, au contraire, à bénéficier de la remise qui lui sera consentie par le médecin pour le recouvrement de ses honoraires. Ainsi seraient assimilées les tarifications mutualistes aux tarifications fixées pour les accidents de travail puisque, dans ce dernier cas, et lorsqu'il s'agit de contestations judiciaires, le patron n'est tenu qu'à payer les chiffres fixés par le tarif ministériel tandis que l'ouvrier blessé qui a fait choix de son médecin reste débiteur du surplus des honoraires dus au médecin ou au chirurgien.

Ce système ou un système analogue ne nous paraît léser ni les médecins, ni les sociétés de secours mutuels, tandis que, il importe de le répéter, les systèmes actuels ne peuvent durer sans causer au corps médical de prochaines et cruelles désillusions. N'avons-nous pas vu se former récemment des Unions médico-mutualistes (1) dans lesquelles, acceptant comme un tarif usuel le tarif réduit, qui fixe, en cas de contestation, dans les cas d'accidents du travail, non pas le taux des honoraires, mais le taux des prestations dues par le chef d'entreprise, on prétend imposer ce tarif à des médecins choisis en petit nombre pour assurer le service de puissantes et nombreuses sociétés de secours mutuels.

Et n'avons nous pas vu des médecins essayer de rompre l'union que nous recommandons à tous nos sociétaires pour créer des syndicats de médecins mutualistes dont l'action ne pourra être que de favoriser cette réduction progressive du taux des honoraires médicaux et de constituer un nouveau fonctionnarisme médical en enrôlant un certain nombre de médecins pour les mettre à la solde des sociétés de secours mutuels.

Nous soumettons à vos méditations l'étude de cette grave question et cette fois encore nous adressons un pressant appel à votre activité et à votre union. Si tous les membres de l'Association, unis à tous les membres des syndicats médicaux, imposaient à tous leurs confrères non associés ou non syndiqués l'exemple de ce que l'on peut pour la défense d'intérêts légitimes, ce premier geste affirmerait la puissance du corps médical et sauvegarderait, pour de longues années, sa dignité, son indépendance et sa prospérité.

***

Je ne puis, dans ce compte rendu des actes de l'Association durant le dernier exercice, énumérer ici toutes les questions litigieuses soumises au Conseil général. Dans bien des cas, malgré l'appui que nous ont prêté nos dévoués Conseils judiciaires, nous avons été contraints à un aveu d'impuissance devant les légitimes protestations de médecins dépossédés des fonctions qu'ils exerçaient avec autant de distinction que d'activité, par des préfets ou des Commissions administratives qui n'avaient d'autres motifs à invoquer, pour expliquer leurs brutales révocations, que les opinions politiques de nos confrères ou les sollicitations de médecins plus jeunes, moins considérés mais protégés par de hautes influences.

Il est triste d'avoir à constater que, ni les associations locales, ni les syndicats n'ont pu faire comprendre aux médecins qui prenaient ainsi la place de leurs confrères l'indignité de leur conduite.

Par contre, nous avons été assez heureux pour faire obtenir gain de cause à plusieurs médecins dans les procès qu'ils ont eu à soutenir et vous n'avez pas oublié la lettre du Dr Amiard remerciant M. le Président Brouardel de l'appui qu'il lui avait prêté dans un procès contre un chef d'industrie qui, après l'avoir injustement révoqué de ses fonctions médicales, s'est vu condamner à 10.000 francs de dommages et intérêt. Vous avez certainement aussi lu avec l'intérêt qu'il mérite (2) l'intéressant récit fait par M. le Dr B. de ses démêlés avec une compagnie d'assurance et la consultation de M. Deligand

(1) Voir *Bulletin*, p. 76.
(2) Voir *Bulletin*, p. 140.

qui se termine par les conclusions suivantes : « La créance des médecins n'est pas périmée au bout de deux ans. Le médecin auquel on oppose la prescription de l'article 2272 a le droit de déférer le serment à son client (art. 2275). Il ne serait même pas nécessaire d'avoir recours à cette délation de serment si la correspondance du débiteur contenait l'aveu de non-paiement. »

Le même numéro du *Bulletin* contient deux importants rapports : celui de M. Sentex *sur l'organisation du service de la vaccine en France* est non seulement un résumé des réponses faites aux questions que nous avions adressées le 5 juillet 1905 avec un rapport de notre collègue A. J. Martin. C'est un lumineux exposé de toutes les lois, règlements d'administration publique, circulaires, etc., qui précisent l'organisation du service de la vaccination en France ; c'est une appréciation aussi autorisée que convaincante de tout ce qui reste à faire pour assurer en France l'obligation de la vaccination et de la revaccination sans léser les intérêts du corps médical, sans imposer une trop lourde charge aux budgets départementaux.

Le Conseil général n'a pu qu'applaudir aux considérations développées dans le remarquable rapport de M. le Dr Sentex. Il vous engage vivement à le lire et à faire appuyer par les Conseils généraux les vœux que nous vous avons transmis (*Bull.*, p. 69).

M. le Dr Gairal, l'infatigable président de l'Union des syndicats, a bien voulu se charger d'un rapport sur l'*Exercice de la médecine aux frontières*.

Ce rapport, lui aussi, mérite d'être attentivement lu et médité par tous nos sociétaires. L'Association générale va très prochainement nommer des délégués qui, avec l'assistance des délégués de l'Union des syndicats, s'efforceront d'obtenir du ministre des affaires étrangères, sinon une révision complète de la convention du 1er janvier 1881, du moins la désignation nominative des communes, ne possédant pas de médecin, où un médecin étranger pourra exercer sans y avoir un pied à terre. Le rapport de M. Gairal est riche en documents très intéressants à lire. Nous ne doutons pas que vous ne lui sachiez gré, comme nous l'en avons remercié nous-même, de ce travail, dont les conclusions devraient être adoptées sans débat par un ministre soucieux de défendre à nos frontières les droits et les intérêts des médecins français.

Un autre rapport, qui n'a pu encore être imprimé, doit être tout particulièrement signalé à l'Assemblée générale. C'est celui que notre collègue Bouloumié a bien voulu rédiger au nom de la Commission chargée d'étudier comment les œuvres d'assistance par le travail pourraient être utilisées pour assurer aux veuves de nos confrères des subsides plus réguliers et plus utiles que les secours annuels que vous leur accordez d'ordinaire.

Vous savez avec quelle sollicitude et quelle activité M. Bouloumié s'occupe depuis de longues années de toutes les œuvres d'assistance par le travail. De ses conversations et correspondances avec les directrices des œuvres déjà créées, notre dévoué confrère conclut qu'il faut :

1° Utiliser les œuvres existantes et non créer, même à Paris, une œuvre spéciale ;

2° Etudier avec les sociétés d'assistance par le travail existantes, les combinaisons qui leur permettraient de seconder l'Association générale sans gêner leurs opérations normales ;

3° Etudier, avec les diverses sociétés d'assistance existant dans toutes les localités, un plan d'organisation éventuelle d'Assistance par le travail, là où celle-ci n'existerait pas déjà ;

4° Prévoir une allocation supplémentaire à donner aux assistées auxquelles le produit du travail ne suffirait assurément pas, leur travail devant être de peu de valeur généralement ;

5° Prévoir une aide pécuniaire aux œuvres, pour les couvrir des frais spéciaux qu'entraînera l'Assistance donnée aux protégées de l'Association générale (immobilisation de capitaux pour achat de matières premières, capital improductif jusqu'à l'écoulement, par le fait de l'augmentation de quantité de ces produits) ;

4° Prévoir une entente entre les médecins de la région, pour aider à la vente des objets fabriqués, car cette vente est une des plus grandes difficultés rencontrées un peu partout par les œuvres.

Le rapport de notre collègue Bouloumié énumère ensuite, en donnant leur adresse, les différentes œuvres déjà créées à Paris ou en province. Il indique ce qu'elles ont promis de faire pour les veuves des médecins qui préféreront à nos secours temporaires un travail régulier et régulièrement rémunéré ou encore, lorsque la chose deviendra possible, le placement dans une maison commerciale ou industrielle qui sera en mesure d'utiliser les aptitudes spéciales de nos protégées.

Le Dr Bouloumié conclut dans les termes suivants :

Il nous paraît donc utile :

1° De tenter l'Assistance par le travail comme prélude au placement, toujours assez long à effectuer ;

2° De chercher à préparer partout l'application éventuelle, par des ententes avec les œuvres existantes et avec le concours des médecins et de leur famille ;

3° D'admettre le principe d'une aide financière aux œuvres, pour couvrir, au moins en grande partie, les dépenses occasionnées par l'assistance spéciale que nous demandons pour améliorer la situation de nos assistées ;

4° De ne considérer l'Assistance par le travail que comme un moyen temporaire devant, sauf exception, conduire au placement ;

5° De créer, pour favoriser celui-ci, un service d'offres et demandes d'emploi, avec le concours de la presse médicale.

Dès que la Commission que préside M. Bucquoy aura adopté ces conclusions, la Caisse des veuves et orphelins étudiera les moyens d'aider dans la mesure du possible les œuvres d'Assistance par le travail qui accueilleront les veuves de médecins et leur procureront un travail rémunérateur. Une partie du secours voté chaque année par les sociétés unies contribuera à ce but et peut-être nous sera-t-il permis, dans un avenir prochain, de faciliter, par le travail qu'elles consentiront à entreprendre, l'assistance que nous réclament si souvent et en termes si pressants les veuves de nos confrères,

Une entente cordiale, établie entre l'Association générale et l'Association de la presse médicale, favorisera à ce point de vue la publicité de l'œuvre et nous permettra de faire le plus de bien possi-

ble sans grever outre mesure les revenus de notre Caisse des veuves et orphelins.

***

Lors de notre dernière Assemblée générale, nous avons été conviés à étudier quelles seraient les mesures à prendre en vue de lutter contre l'encombrement médical.

Plusieurs moyens, à mettre en usage pour éclairer les pères de familles et les jeunes étudiants sur les inconvénients que présente aujourd'hui une carrière où la concurrence augmente alors que les honoraires diminuent chaque jour, avaient été envisagés, lorsque nous avons été conviés à nous entendre avec le *Concours médical* et l'*Union des syndicats* pour favoriser l'envoi d'une lettre circulaire qui serait adressée, au moment des examens du baccalauréat, à tous les étudiants français, par M. le Dr Vigne, rédacteur en chef de l'*Avenir médical*.

Préférant toujours l'union de toutes les sociétés de défense professionnelle à l'action exercée isolément par l'une ou l'autre d'entre elles, le Conseil général a pensé répondre au vœu exprimé par l'Assemblée de l'année dernière en s'associant à la campagne entreprise par le Dr Vigne, assuré de l'appui des œuvres confraternelles que je viens de citer. Après avoir pris connaissance des lettres circulaires qui seront adressées aux étudiants et à leurs familles, il a donc voté une somme de 100 francs pour cette propagande.

Une autre propagande, plus efficace encore, nous en avons l'espérance, a été faite par l'envoi d'une très courte circulaire, avec bulletin d'adhésion, en expliquant à ceux qui l'ignorent ce que veut faire l'Association générale des médecins de France, ce qu'elle a déjà fait et quelles sont aujourd'hui ses ressources et ses charges. J'ai pu récemment, au cours d'un entretien amical avec les membres du Conseil général des Sociétés d'arrondissement de Paris, me rendre compte de cette nécessité qui s'impose à nous de redire incessamment ce que ne retiennent ou ne veulent comprendre que les médecins vraiment désireux de s'unir pour la défense de leurs intérêts moraux et matériels.

Je tiens à remercier ici le Conseil général des Sociétés d'arrondissement qui a bien voulu insérer dans son *Bulletin* la communication que je lui ai faite et je vous convie tous à nous demander et à répandre les courtes circulaires de propagande que nous avons déjà envoyées à plusieurs de nos sociétaires.

Il me reste, mes chers collègues, pour terminer ce trop long rapport, à vous dire quel a été le mouvement de l'Association et les changements survenus dans son personnel au cours de cet exercice.

Le nombre des nouveaux adhérents peut être évalué à 475, le nombre des démissions à 80, celui des décès à 200.

Depuis l'année 1892, nous n'avions jamais compté un aussi petit nombre de démissions. Quant aux admissions, elles devraient être plus nombreuses si le zèle des générations médicales nouvelles était aussi ardent que le dévouement de ceux qui dans toutes nos sociétés unies, travaillent avec tant de désintéressement en vue de recruter de nouveaux adhérents.

Il est à remarquer cependant que chaque année le nombre des admissions l'emporte sur celui des démissions et des décès. Nous comptons aujourd'hui 9.242 sociétaires, environ 1.000 de plus qu'en 1895.

La situation financère de l'Association se résume dans les chiffres suivants.

Le bénéfice net ou augmentation du capital des trois Caisses administrées par le Conseil général s'élève à 59.241 fr. 50 pour l'exercice 1905-1906 et l'avoir total de ces trois Caisses est le suivant :

Fonds généraux........ ..	144.370 fr.	44
Pensions et allocations...	2.438.672	14
Veuves et orphelins......	370.472	82
Total ..	2.953.515 fr.	40

auquel il faut ajouter les nues propriétés, la valeur des immeubles provenant du legs Marjolin.

Nous ne citons ici que pour mémoire l'avoir de nos quatre-vingt-quinze sociétés unies.

Nous avons eu le regret de perdre cette année M. L. Colin, ancien médecin-inspecteur général des armées, qui, durant plusieurs années fut notre vice-président : M. Philbert *qui remplit longtemps* les fonctions de secrétaire du Conseil général ; MM. Canton, président de la Société de la Meuse ; Hamaide, président de la Société des Ardennes ; Meusnier, président de la Société de Loir-et-Cher ; Renou, vice-président de la Société de Maine-et-Loire ; Janot, président de la Société de Narbonne. Des notices nécrologiques, rappelant les services rendus à l'Association par tous ces regrettés confrères, ont été publiées dans le *Bulletin*.

Nous souhaitons cordialement la bienvenue aux nouveaux présidents et vice-présidents.

MM. Gairal et Pillières, des Ardennes ; Aussilloux et Soulayrac, de Narbonne ; Patay et Simonneaux, de l'Ille-et-Vilaine ; Mercier, du Loir-et-Cher ; Ricard, Roulliès et Sourbès, du Lot-et-Garonne ; Gustave Bonneville, de Castres et Lavaur et Vial de Vaucluse.

Mes chers collègues, l'année qui vient de s'écouler a été pour tous très laborieuse, mais les soucis et les travaux qu'elle nous a imposés n'ont pas été inutiles. Nous pouvons et nous devons affirmer ici que l'entente la plus loyale et la plus sincère existe aujourd'hui entre tous ceux qui ont pris part à nos débats, aussi bien entre les membres du Conseil général et les membres des Sociétés annexes ou des Associations médicales, qu'entre vos représentants et ceux de la Presse médicale ou des Associations de bienfaisance dont nous venons de parler.

De cette union, de cette entente qui sera, je l'espère, définitive, nous espérons de nouveaux progrès, un recrutement mieux assuré et surtout le retour des dons et des legs qui, si nombreux il y a quelques années, sont devenus moins fréquents et moins somptueux. Puissiez-vous, en faisant mieux connaître une Association qui ne veut que l'amélioration progressive de la situation morale et matérielle des médecins de France, arriver à grouper sous sa bannière tous ceux qui l'ignorent !

L'OCRÉINE

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Traitement des fractures de jambe récentes.

Conférence faite à l'hôpital de la Charité (clinique du Pr Reclus),

Par M. CHEVRIER, *prosecteur des hôpitaux*.

Au point de vue du traitement, il faut établir, entre les fractures de jambe récentes, une première division en fractures compliquées (c'est-à-dire avec plaie allant jusqu'au foyer de fracture) et en fractures non compliquées (c'est-à-dire sans plaie communicante).

Fractures avec plaie.

On distinguait autrefois les fractures avec grande et les fractures avec petite plaie, et l'on pensait que la conduite à tenir vis-à-vis des premières différait de la conduite à tenir vis-à-vis des secondes. En réalité, les unes et les autres ont une égale gravité; les fractures à petite plaie sont même plus sérieuses que les fractures à grande plaie, si on ne leur applique pas une thérapeutique aussi minutieuse.

Le traitement d'une fracture de jambe compliquée de plaie communicante doit comporter d'abord la désinfection très soignée du foyer et cela sous le chloroforme. Il convient de prendre de grandes précautions. Le nettoyage ne se fera pas comme celui d'un champ opératoire ordinaire. Si vous brossez simultanément toute la région, vous allez répandre sur le foyer traumatique les nombreux éléments microbiens qui recouvrent la jambe. Vous procéderez en plusieurs temps. Nettoyez la plaie, ainsi que son pourtour, avec de l'ouate imbibée d'alcool et maintenez sur elle, pour l'isoler, un tampon aseptique. Faites ensuite la toilette de toute la jambe qui sera rasée, savonnée très largement, passée à l'alcool, à l'éther et au sublimé. La jambe ainsi aseptisée, enlevez le tampon qui recouvre la plaie, et procédez à la désinfection véritable de cette plaie. Si celle-ci est large, le bistouri n'est pas nécessaire; si elle est petite, il faut inciser jusqu'à l'os, transformer la petite plaie en grande plaie, que vous irriguerez avec plusieurs litres d'eau chaude; vous désinfecterez ensuite avec un antiseptique. L'agent le plus en faveur actuellement est l'eau oxygénée; dans le cas particulier, cet antiseptique semble bien mériter sa vogue: il mousse au contact des impuretés et se répand dans les infractuosités de la blessure. Passez donc de l'eau oxygénée sur la plaie, repassez-en, deux, quatre, six, dix fois; ce n'est pas du temps perdu. Ne suturez pas les fragments, car la présence de fils métalliques (véritables corps étrangers) n'est pas ici sans inconvénient; abstenez-vous de toute réunion complète et même, si la plaie est un peu contuse, de toute espèce de suture. Ne fermez jamais entièrement le foyer: placez-y un drain et pansez.

Cette première partie du traitement — on ne l'oubliera pas — va commander toute la suite. En l'espèce, on peut dire que le *pronostic dépend du premier pansement*. Si celui-ci a été soigné, minutieux, la fracture évoluera comme une fracture simple et guérira aussi promptement. S'il a, au contraire, été imparfait ou imprudent, on pourra voir se produire des complications diverses, gangrène, ostéomyélite ultérieure, etc.

Fractures sans plaie communicante.

La division anatomique des fractures de jambe en fractures de la partie moyenne, de la partie supérieure (avec son hématome généralement énorme), de la partie inférieure (sus-malléolaire), ne doit pas être retenue par le thérapeute. Au point de vue de la conduite à tenir, il vaut mieux diviser les fractures de jambe sans plaie, en fractures sans engrènement (les plus fréquentes, celles dans lesquelles les deux fragments restent indépendants) et fractures avec engrènement (dans lesquelles les deux fragments se sont pénétrés l'un l'autre).

Fractures sans engrènement.

On en considère plusieurs variétés qui sont:

a) Les fractures sans déplacement;

b) Les fractures avec déplacement peu considérable et réductible ;

c) Les fractures avec grand déplacement, difficilement réductible.

1° Dans les fractures sans déplacement, le membre est à peine déformé et la radiographie montre que les deux fragments se correspondent et se continuent. Le traitement, alors, est simple : il n'y a pas de manœuvre à faire, il suffit de poser un appareil plâtré.

Vous êtes appelé auprès du blessé, soit immédiatement après la fracture, soit un ou deux jours plus tard. Dans le premier cas, le volume du membre est presque normal ; dans le second, le membre est tuméfié par l'épanchement qui se fait des fragments osseux dans les tissus environnants.

Le membre est-il tuméfié, vous devez attendre quelques jours avant de mettre l'appareil plâtré. Ce dernier, en effet, deviendrait trop large lorsque, au bout de 4 ou 5 jours, le gonflement aurait disparu. En présence d'une *fracture de jambe* avec gonflement (dans les premiers jours qui suivent le traumatisme, par conséquent), le chirurgien se contentera d'appliquer un appareil amovible et compressif. Il entourera le membre fracturé, des orteils jusqu'au-dessus du genou, avec de l'ouate. Trois à quatre rouleaux sont nécessaires, car il faut une couche d'ouate très épaisse, de 4 travers de doigt environ. Il serrera ensuite avec une bande, de façon à faire un pansement compressif que l'on peut rendre plus solide au moyen d'une attelle latérale. Quand, après 4 à 5 jours, le gonflement aura presque disparu, l'appareil plâtré sera posé.

Lorsqu'on est appelé auprès du blessé au moment de la production de la fracture, on peut être tenté d'appliquer un appareil plâtré immédiat : c'est là, en pratique, une conduite défectueuse, qui fait souffrir beaucoup le blessé. De toute façon, ne l'oubliez pas, la jambe se gonfle, et, dans ces conditions, sanglée dans un appareil inextensible, elle va créer des douleurs violentes

au malade. En fait on ne doit jamais avoir recours à l'appareil plâtré immédiat. Si vous voyez le patient dès la première heure, adressez-vous encore au pansement ouaté-compressif et ne mettez la gouttière qu'au 4e ou 5e jour

Comment se pose l'appareil plâtré ?

Il est deux modèles principaux d'appareils plâtrés que vous pourrez employer, selon vos préférences : la gouttière d'Hergott et l'appareil à attelles de Maisonneuve.

Avant d'appliquer un appareil plâtré — quel qu'il soit — il faut toujours préalablement entourer la jambe de lint ou la vaseliner : sinon le plâtre adhère aux poils et, au moment du retrait de l'appareil, ces poils sont arrachés, ce qui est très douloureux.

La gouttière postérieure d'Hergott se pose de la manière suivante : on mesure la circonférence du membre inférieur, au genou, à la malléole et au pied ; on porte les 3/4 de ces dimensions sur la tarlatane et l'on taille la gouttière. Celle-ci une fois placée serait pliée au talon et s'adapterait mal au niveau des malléoles : pour parer à cet inconvénient, on marque la partie correspondante au talon, où l'on fait une fente latérale qui permet une meilleure adaptation.

Vous appliquez la gouttière, vous enroulez autour d'elle des bandes — non des bandes neuves, mais de vieilles bandes, car elles devront assécher — et, pendant que le plâtre sèche, vous moulez la gouttière, vous la massez, surtout à la région malléolaire, pour qu'elle s'adapte convenablement au membre.

L'appareil de Maisonneuve se compose d'une attelle plâtrée postérieure et d'une longue bande plâtrée qui fait le tour du talon, en étrier, et remonte le long de la jambe des deux côtés. Certains auteurs le préfèrent à la gouttière d'Hergott.

Quoi qu'il en soit, vous avez, je suppose, mis un appareil plâtré à l'époque habituelle, au 4e ou 5e jour. A ce moment, le gonflement du membre est notablement atténué, mais il n'est pas entièrement disparu ; il ne l'est guère qu'au bout de deux semaines environ. Aussi, après 15 jours, votre appareil se trouve-t-il, de ce fait, devenu un peu trop grand, et il vous est possible de passer, par exemple, entre lui et le membre une lame de ciseau. Quelques chirurgiens se contentent de combler les petits creux ainsi créés par des lamelles d'ouate. C'est là un procédé qui n'est pas toujours suffisant. Quand une gouttière est devenue trop large secondairement le mieux est de l'enlever et d'en remettre une autre.

Quelle est la position à donner au membre ? Elle est simple, il suffit de maintenir le pied en posture convenable, c'est-à-dire à angle droit et bien dans l'axe de la jambe, axe représenté par une ligne qui prolonge la crête antérieure du tibia et va tomber dans le premier espace intermétatarsien. Veiller à ce que le pied ne soit pas mis à angle obtus, ce que l'on a tendance à faire.

Pour cette fracture, dont la réduction est facile, vous vous servirez parfois avec avantage d'appareils spéciaux. Lorsque les malades désirent marcher avant 45 jours, vous pourrez utiliser les appareils de marche. Ils consistent à fixer à la gouttière plâtrée ordinaire un étrier en fonte, évasé, pour ne pas comprimer le pied, et sur lequel le malade va s'appuyer. Les branches verticales de l'étrier sont élargies en ailettes. Pour faire tenir l'étrier, étant donné l'impossibilité d'établir un contact intime entre le fer et le plâtre, on doit avoir recours à un moyen particulier : on taille deux petites attelles plâtrées latérales, on fixe leurs moitiés inférieures à la gouttière et on rabat leurs moitiés supérieures. Dans les deux sillons, dans les contreforts ainsi constitués par les attelles rabattues, on entre les ailettes de l'étrier et on maintient le tout par des tours de bande. La partie talonnière de l'étrier étant bien dans l'axe de la jambe — là réside la difficulté de cet appareil — le malade peut marcher et même courir en boitant légèrement. Cet appareil n'est applicable qu'aux fractures qui n'ont pas grande tendance à se déplacer.

2° Fractures avec déplacement peu considérable et réductible.

Il faut distinguer deux variétés de déplacement : dans le sens vertical (chevauchement), et dans le sens antéro-postérieur.

Pour corriger le déplacement vertical, on peut se contenter de faire tirer fortement sur le pied, par un aide, au moment de la pose de l'appareil. Mais, il est plus pratique, plus commode, d'avoir recours à un petit moyen, à un « truc », si je puis employer cette expression, que je vais vous décrire. Vous prenez une bande de toile *neuve* (la vieille toile ne serait pas assez rigide), de trois travers de doigt de largeur et de 1 m. 50 de longueur. Vous l'appliquez autour de la partie inférieure de la jambe et autour du pied de façon à former un 8 de chiffre dont le croisement à lieu sur le cou-de-pied. Vous réunissez ensuite par un nœud les deux extrémités libres, pendantes, de la bande et, dans la boucle ainsi formée, l'aide entrera son corps, passera sa tête, ramenant la boucle jusqu'à ses reins. Grâce à cet intermédiaire, en prenant point d'appui n'importe où, l'aide exercera, par son corps, sur le pied du malade, une traction indirecte bien meilleure (plus égale, sans secousse) que celle faite avec les mains. Cette traction est, en outre, moins fatigante et peut être prolongée aussi longtemps que l'on veut : c'est un excellent moyen de réduire le chevauchement.

Le déplacement antéro-postérieur se produit dans les fractures sus-malléolaires, où il y a chute du pied en arrière. On ne fait pas toujours attention à ce déplacement dont la réduction est difficile. La méthode de la bande de toile est ici encore très avantageuse. Prenez donc une bande de toile, nouez ses deux extrémités et appliquez le milieu de la boucle ainsi faite sur la face antérieure de la jambe, un peu au-dessus du foyer de fracture. L'aide va simplement soutenir le talon et mettre son pied dans l'anse pendante ; cette traction attire la jambe en bas en même temps que la main relève le pied du malade, d'où réduction facile du déplacement antéro-postérieur. Pendant ce temps, vous allez poser l'appareil. En pareil cas, vous n'avez pas de choix : l'appareil de Maisonneuve est seul applicable. La bande de toile vous gêne un peu dans vos manœuvres. Pour passer la gouttière postérieure, vous écartez les deux parties verticales de la bande avec une palette placée entre les deux chefs verticaux. Pour mettre les attelles plâtrées latérales, vous serrez chaque bande, au niveau des malléoles, avec une ficelle (vous transformez la bande, en ce point, en une corde). Vous coupez ensuite la bande pour l'enlever.

3° Fractures à grand déplacement, difficilement réductible.

Ce sont généralement des fractures obliques, avec chevauchement considérable, dû à l'action musculaire. A cette traction musculaire continue, il est logique d'opposer l'extension elle-même continue. L'appareil d'Hennequin semble, dans ces conditions, le meilleur. Malheureusement, il est difficile à poser et, mal posé, il est difficile à supporter. Il se compose d'une gouttière de jambe et d'une bottine plâtrée. La gouttière sert à diriger les tractions et la bottine les supporte.

L'application de la bottine plâtrée d'Hennequin est très délicate : elle comporte de nombreux et très importants détails, sans lesquels elle est impossible à tolérer. Il faut, par exemple, protéger très soigneusement, avec des coussinets, de lint ou de gaze molle, les malléoles et les tendons superficiels du dos du pied, points d'appui de la traction.

On pourrait se demander si on ne lutterait pas avantageusement d'une autre manière contre le déplacement, par la suture osseuse en particulier. Cette suture donne d'assez médiocres résultats: elle n'empêche pas, en effet, l'action musculaire et, pour être efficace, elle devrait être faite dans tous les plans.

Fractures avec engrènement.

De deux choses l'une : ou bien l'engrènement a laissé intact l'axe de la jambe et, malgré le léger raccourcissement du membre, il peut être respecté ; ou bien l'engrènement entraîne une mauvaise position (déviation latérale ou angulaire) du membre et il ne doit pas être respecté. Le premier temps du traitement est alors le désengrènement ; il s'effectue sous le chloroforme, parfois avec intervention sanglante.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

HYDROLOGIE

A travers l'hydrologie.

L'exode vers les stations thermales, va bientôt commencer et les « aquatiques » (c'est ainsi qu on nomme les médecins des villes d eaux) ont déjà commencé à faire antichambre dans les cabinets des confrères praticiens, pour solliciter leur concours au profit de leurs stations respectives.

Et croyez le, ce n'est pas là un des moindres inconvénients de la profession de médecin hydrologue, d'aller solliciter des clients auprès des confrères, et c'est cependant une nécessité de jour en jour plus impérieuse, car le praticien français oublie de plus en plus, cette médication naturelle qui s'adresse si utilement pourtant à certaines maladies chroniques et certains états constitutionnels et diathésiques, et qui donne des résultats consacrés par le temps et la clinique.

Mais le médecin praticien obéissant à un scepticisme thérapeutique crée par l'impuissance de nombreuses médications chaque jour inventées par un concurrent qui ne connaît pas de limites, étourdi par une réclame outrancière, ne sachant plus discerner le vrai du faux et s'inspirant du vieil adage : « Dans le doute, abstiens-toi », n'ose prendre que rarement l initiative d'un déplacement coûteux et d'un dérangement pour son malade.

Tout au plus le médecin se risque-t-il aujourd'hui, quand son client lui annonce qu'il est décidé à faire une « saison d'eaux », et lui cite deux ou trois stations thermales différentes, à se prononcer pour l'une plutôt que pour l'autre.

Et combien de fois ce sont des raisons extra-médicales qui l'emportent pour le choix définitif ?

La vérité est que l'instruction du médecin, au point de vue qui nous occupe, laisse fort à désirer; et telle ville d'Eaux s'est rendue plus célèbre par son casino, son turf et ses attractions mondaines, que par les vertus pourtant très définies de ses sources. Telle autre, au contraire, est devenue suspecte ou objet de terreur, par l'effet de légendes que l'ignorance ou la mauvaise foi ont créées et entretenues.

Eh bien ! dût-on me traiter « d'orfèvre comme M. Josse », ou m'accuser de n'avoir d'autre but que de faire « prendre mon ours », une fois de plus encore (et ce n'est pas la dernière), je rappellerai *à nos confrères, par la grande voix du Concours Médical*, la Station d'Eaux-Bonnes.

Oui, l'Eau-Bonne a été accusée de tous les méfaits. Elle a une histoire glorieuse, une page, brillante entre toutes, au livre d'or de la thérapeutique thermale ; elle a sauvé des tuberculeux déjà touchés par la mort ; elle a conjuré la tuberculose chez des multitudes de candidats, elle a guéri des angines des laryngites; elle a triomphé de vieilles bronchites, d'anciennes pleurésies, elle a rendu la vie supportable à des catarrheux ; à des asthmatiques, à des emphysémateux, qui trouvaient une existence misérable, et appelaient la mort comme une délivrance.

Et voilà pourquoi l'Eau-Bonne a été vouée aux gémonies par des concurrentes sans scrupule, voilà pourquoi la calomnie a fait rage contre la « *Source Vieille* » dont le succès était trop retentissant.

En un mot, on a accusé l'Eau-Bonne de créer l'*hémoptysme*, et on a décrété que la station elle-même était un séjour *dangereux et ennuyeux.*

La vérité est tout autre : a une époque où les Eaux-Bonnes avaient la réputation de guérir la phtisie, réputée alors incurable, les moribonds y y accouraient en foule, et parce que phtisiques, quelques-uns d'entr'eux y avaient des hémoptysies, (ce qui ne les empêchait pas de guérir). Est-ce que nombreux ne sont pas encore aujourd'hui les tuberculeux qui, *indépendamment de tout traitement médicamenteux*, ont des hémoptysies ?

Est-ce que l'hémoptysie n'a pas toujours été et n'est pas encore un des symptômes les plus communs de la tuberculose pulmonaire ?

Les Eaux-Bonnes, séjour dangereux ! !

Alors même qu on ne prenait aucune précaution, et qu'on ignorait la bacille de Koch, les registres de l'état-civil de la commune, ne portent pas traces de morts par tuberculose d'habitants d'Eaux-Bonnes, de garçons ou de filles d'hôtel et de maisons meublées, de blanchisseries, etc.

Et pourtant à cette époque, je le répète, il n'y avait aucun intérêt à.... soulager les statistiques.

Aujourd'hui enfin, toutes les mesures d'hygiène sont prises minutieusement : un service de désinfection modèle est installé depuis 1893 et

fonctionne gratuitement pour tous les hôteliers et logeurs, et dans peu de villes d'eaux ou autres, le service de la voirie est organisé d'une façon aussi parfaite.

Eaux-Bonnes : *séjour ennuyeux* !!! Tout est relatif. Il y a un casino où la mère peut conduire sa fille, et laisser aller son fils sans crainte de le voir ou dévalisé par des grecs, ou revenir à l'état de pigeon sans plume, ou bon à figurer dans une pièce d'Hervieu. Il y a tout un réseau de promenades superbes, de buts d'excursion aussi admirables que variés. On peut enfin se distraire de mille façons.

Il est vrai que « la noce » y est impossible, que le pari mutuel y est inconnu et que les croupiers et les rastaquouères ne s'y aventurent pas.

Aux Eaux-Bonnes on se distrait, on s'y soigne et on s'y guérit, toutes fins qui ne sont pas pour déplaire aux médecins.

Dr Léon Leriche.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Durée de l'immunité vaccinale.

La durée de l'immunité vaccinale donne lieu à des observations et à des réflexions qui ont une certaine importance.

La méthode de revaccination par raclage nous a donné des résultats positifs chez *trois* enfants d'*un an* et même chez un enfant de *neuf mois*, déjà vaccinés une première fois avec succès. Sur un grand nombre d'enfants revaccinés par raclage, nous avons obtenu 35 % de succès chez les enfants au-dessous de cinq ans par rapport *à tous* les revaccinés et 58 % par rapport aux enfants revaccinés au-dessous de cinq ans.

La revaccination réussit donc mieux chez les *tous jeunes* enfants que chez les plus âgés et les succès par raclage ou grattage sont environ quatre fois plus nombreux que par simple piqûre.

Ces résultats sont confirmés par d'autres opérateurs. C'est ainsi que, dans le *Concours médical* (1895. page 39), nous trouvons une statistique de M. Chambon dont voici les chiffres :

332 enfants revaccinés par piqûre :
Succès 28, insuccès 304, soit 8.5 %.
379 enfants revaccinés par grattage :
Succès 127, insuccès 252, soit 33.5 %.

Dans le *Progrès médical*, en 1894, le Dr Raymond « croit que si, chez un adulte par exemple, l'immunité conférée par la vaccine peut durer *dix ans*, il n'en est pas de même chez l'enfant. A son avis, la limite de dix ans doit être abaissée et c'est faire courir les plus grands risques à un enfant que d'attendre pour le revacciner qu'il ait atteint sa dixième année. De 8 ans à 9 ans 1/2, il a obtenu neuf succès ou 18 %.... Dans une agglomération d'enfants on ne revaccinera donc pas seulement les enfants, au-dessus de 10 ans.... on devrait revacciner tout enfant qui entre à l'école, quel que soit son âge... »

La statistique du docteur Lalagade donne, sur 217 revaccinations de 5 à 10 ans, 42 succès, soit 19 %.

Celle du Dr Jules Besnier donne, sur 225 vaccinations de 7 à 14 ans, 53 succès, soit 24 %.

Le docteur Roger, dans la séance du 25 juin 1897 à la *Société de Biologie* et dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, montre la faible durée de l'immunité vaccinale. « Bien que rares, dit-il, les faits que je viens de citer me semblent néanmoins utiles à connaître et commandent de revacciner, en temps épidémique, même les sujets jeunes ou les personnes vaccinées depuis peu de temps. »

Le docteur Jasiewicz (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 29 juillet 1897) pense que les faits cités par le Dr Roger ne sont pas rares et avoue que « la revaccination a d'autant plus de chances de réussir que les enfants sont plus jeunes, c'est-à-dire plus prédisposés, par suite du manque de résistance de l'organisme, à être imprégnés par les divers germes morbides et, par conséquent, par la vaccine, maladie infectieuse (naturellement atténuée) au même titre que les autres affections zymotiques (rougeole, scarlatine, etc.), fréquentes surtout dans la première enfance ».

Sur 20 enfants, il a eu 12 insuccès, 1 fausse vaccine et 7 succès, soit 35 %, chez des enfants âgés de moins de six ans.

En 1889 chez les enfants de 3 à 5 ans, de l'école maternelle de Saint-Ouen, le Dr Dubousquet-Laborderie obtenait 50 % de succès, et en 1890, 66 % (*Bulletin et mémoires de la Société de médecine pratique*, séance du 24 juillet 1890, pp. 1013-1018).

Nous avons obtenu, nous le répétons, chez les enfants au-dessous de 5 ans, la proportion de 58 % de succès. Ces enfants faisaient partie d'une série de 400 revaccinés de tout âge.

Etant donnés ces chiffres et ces résultats, il n'est guère possible d'admettre les conseils du Dr Saint-Yves-Mesnard, dans le *Concours médical* du 28 octobre 1899. Il dit en effet : « que la vaccination est rarement suivie de succès avant 6 ans, qu'elle est suivie de succès pour un certain nombre de 6 à 10 ans, et conseille alors de revacciner dès l'âge de 6 ans, sauf à y revenir à dix ans..... », Là où le Dr Saint-Yves-Mesnard a parfaitement raison, c'est quand il dit « de se faire revacciner tous les dix ans, mais si le vaccin ne prend pas, par exemple à vingt ans, il ne donne pas évidemment de nouvelle immunité, ni ne prolonge l'immunité ancienne, et alors il serait utile de revacciner tous les ans... Les personnes variolées ne doivent pas être négligées dans les revaccinations. »

Y a-t-il lieu de s'étonner de la faible durée de l'immunité vaccinale ? Non, puisqu'on sait que certains sérums ne confèrent qu'une immunité très brève. Et comme le dit le Dr Jasiewicz : « l'immunité créée par la variole sur la vaccine paraît durable ou prolongée, non pas à cause de l'imprégnation antérieure des tissus par les germes morbides, mais à cause de la résistance même de l'organisme. Aussitôt que l'économie, pour une raison ou pour une autre, se trouve en état de déchéance, en état de réceptivité, il n'y a pas de vaccination antérieure qui tienne : l'organisme succombe aux atteintes de la maladie. Exemple : l'épidémie du siège de Paris en 1870-71 où malgré vaccinations et revaccinations les Parisiens étaient enlevés par centaines ».

Dans les *Bulletins et Mémoire de la Société de médecine pratique*, séance du 8 janvier 1891, et dans la séance du 1er octobre 1896 de la *Société de médecine et de chirurgie pratiques*, nous voyons que M. Hirtz a relevé 323 cas de variole chez des enfants âgés de 1 à 2 ans, 301 de 2 à 5 ans, etc.,

tous vaccinés. Tous ces cas ont été bénins, il est vrai, mais il n'en est pas de même en Angleterre, où dans les épidémies de variole des années précédant 1896, des statistiques très exactes ont montré que « chez les enfants âgées de 1 à 10 ans, le nombre des cas de variole a été de 570 parmi les vaccinés et de 1235 parmi les non vaccinés ; la mortalité a été de 2.8 % dans les premiers et de 30 % chez les seconds. Enfin, chez les vaccinés, la maladie a affecté une forme légère dans 82.68 % des cas et une forme grave dans 17.32 %, tandis que chez les non-vaccinés on a observé 26,68 % de cas légers et 73.32 % de cas graves ».

On pourrait multiplier les exemples.

Mais en voilà assez pour démontrer et l'importance de la revaccination et les conséquences pratiques découlant de la faible durée de l'immunité vaccinale chez les enfants qui en temps d'épidémie, ou rentrant à l'école, devront être revaccinés, quel que soit leur âge.

D'ailleurs, depuis quelque temps, les médecins recommandent, en raison de ces observations de vacciner les enfants, dans les huit premiers jours de leur naissance, puis une deuxième fois, deux mois après ou quatre mois après s'il n'y a pas d'épidémie. Cette pratique mérite d'être répandue et encouragée à tous les points de vue.

20 mai 1906.

Dr Courgey.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine

Paris, 28-31 mai 1906.

Cette intéressante manifestation, née du désir d'application réelle de l'article II de la loi de 1892 sur le rôle des Syndicats, se termine à peine.

Nous ne pouvons que donner aujourd'hui les divers discours par lesquels nos travaux furent brillamment ouverts.

Nous donnerons, dans un prochain numéro, un résumé des conclusions et des résolutions adoptées.

Discours du Professeur Brouardel.

Messieurs,

Ma première parole sera pour remercier Messieurs les membres de la magistrature et du barreau qui, pendant la période de préparation du Congrès, nous ont donné leur concours, soit en rédigeant des rapports personnels, soit en nous aidant à résumer, dans des formules juridiques, les conclusions des diverses questions soumises au congrès.

Cette collaboration nous a profondément touchés, non pas seulement par ce qu'elle nous a été fort utile, mais surtout parce qu'elle nous a prouvé que, contrairement à une légende fort ancienne, nous avons, parmi les juristes, des conseillers et des amis très sincères.

Je remercie également les représentants du Ministère de la Justice, de l'Instruction publique, de l'Intérieur, de la Préfecture de police, qui nous ont fait l'honneur d'assister à nos travaux. Plusieurs de nos confrères d'au-delà du Rhin, de Belgique, des membres de la Presse française et étrangère, témoignent, par leur présence, de l'intérêt qu'ils attachent à la solution des questions soumises aux délibérations du Congrès. A vous, Messieurs, j'adresse mes remerciements et une cordiale bienvenue.

Je veux exposer, aussi brièvement que possible, le but que le Congrès s'est proposé d'atteindre. Grâce au zèle du Comité d'initiative, de son président M. le Dr Duchesne, que, malheureusement, sa santé retient loin de nous, grâce surtout à notre dévoué secrétaire général, dont la vaillance et la bonne santé ont résisté à toutes les fatigues, nous avons réuni un ensemble de rapports, dont la lecture met le but en pleine lumière.

Messieurs, dans tous les pays, lorsqu'un peuple est arrivé à un certain degré de civilisation, les pouvoirs publics ont pensé que la vie et la santé étaient des biens trop précieux pour que des personnes incompétentes aient la direction du traitement et des soins à donner aux malades ou aux blessés.

Les législateurs ont donc édicté des lois, variables suivant les mœurs et les habitudes des diverses nations, mais toutes ont été inspirées par une même pensée : protéger la vie et la santé de leurs concitoyens.

Comme conséquence, ils ont exigé que les personnes à qui ils confiaient le droit de donner des soins aux malades possèdent une compétence réelle, démontrée par de longues études, de nombreux examens et des sacrifices pécuniaires élevés.

L'intérêt capital est pour nous tous, médecins et non médecins, celui de la santé des malades. Mais le médecin a parfois le droit de se demander si les sacrifices que les pouvoirs publics lui ont imposés sont suffisamment appréciés par les magistrats chargés de veiller simultanément sur la protection des malades et des médecins associés, reliés dans une solidarité absolue, par la volonté formelle du législateur.

Parlant de l'exercice illégal de la médecine, un de nos anciens a dit : « les médecins en souffrent, les malades en meurent ».

Ils ne meurent pas tous ; en ce cas, la vérité serait si éclatante que la question serait résolue. Mais beaucoup restent estropiés. M. le Dr Thiéry, chirurgien des hôpitaux, a communiqué au Dr Saint-Aurens une série d'observations de panaris, soignés ou incisés par des marchands de vins ou des pharmaciens, qui ont presque tous abouti à la perte des phalanges.

D'autres guérissent malgré les traitements les plus irrationnels. C'est qu'en effet, tous les malades ne sont pas atteints d'une affection mortelle, et lorsque le charlatan se présente devant les tribunaux, il est entouré par une cohorte de clients animés par la foi ; pour eux, il est un sauveur, un demi-dieu.

Quant aux victimes, elles sont sous la terre, et personne ne prend la parole en leur nom.

Pour moi, j'estime que les méfaits directs causés par l'intervention et les conseils des personnes incompétentes ne sont pas les plus nombreux et peut-être les plus graves. Ces avis incohérents ne permettent pas au malade de recevoir, en temps utile, les soins qui auraient pu les guérir.

Parmi de nombreux exemples, j'en prends un : la phtisie pulmonaire. A la fin de février, cette année, je suis allé dans deux salles d'hommes d'un hôpital de Paris, et j'ai posé aux phtisiques la même question : A quel moment avez-vous été ausculté pour la première fois ? Ma santé ne m'a pas permis de continuer l'enquête, celle-ci ne porte que sur 63 malades, chiffre insuffisant, cela est certain. Je crois pourtant qu'il est suggestif.

Sur ces 63 phtisiques, 9 avaient été auscultés par des médecins au cours de leur maladie, sans qu'il m'ait été possible de préciser à quelle période de celle-ci cet examen avait été pratiqué. Deux d'entre eux l'avaient été à travers leurs vêtements de drap, sans qu'on eut pris la peine de les dévêtir.

15 avaient été auscultés pour la première fois, quand, terrassés par la maladie, ils avaient dû faire appel aux soins du médecin du bureau de bienfaisance.

Les 39 autres n'avaient pas été auscultés avant de se présenter à la consultation de l'hôpital.

Je répète que ces chiffres donnent une indication, qu'il sera facile de compléter et de rectifier par une véritable statistique.

Cette constatation prouve que, pendant des mois et des années, personne ne s'était préoccupé de faire le diagnostic de la maladie de ces malheureux. On leur avait délivré des remèdes contre la toux, mais on n'avait institué aucune médication curative. On ne leur avait donné aucun conseil pour empêcher la contamination de leurs femmes, de leurs enfants, de leurs camarades d'atelier.

Je suis convaincu que de telles pratiques font encore plus de victimes, par l'omission de tout traitement utile, que les méfaits directs, résultant des interventions malheureuses des charlatans.

Je pense qu il y a lieu d insister sur ce danger, parce que si, par hasard, les coupables sont poursuivis, les tribunaux ne trouvent pas que la distribution de ces potions anodines constitue le délit d'exercice illégal de la médecine. Il n'en est pas moins certain que ces habitudes vouent chaque année à la mort des milliers de victimes.

Mes chers Confrères, vous vous plaignez, dans les rapports que vous avez déposés, des insuffisances de la loi de 1892, vous avez raison. Il y a lieu toutefois de faire deux remarques. La première est celle-ci : tout ce qui concerne les droits et les devoirs des pharmaciens a été renvoyé, par le Parlement, à la loi sur l'exercice de la pharmacie. En 1892, celle-ci semblait devoir venir prochainement en délibération. Aujourd hui, elle apparaît réservée pour le contingent des lois destinées à un très lointain futur.

La seconde remarque est un peu plus délicate à vous présenter. La loi de 1892 est incomplète ; mais permettez-moi de vous dire que c'est un peu votre faute. Les rapporteurs à la Chambre, au Sénat, les Commissaires du Gouvernement, ont sollicité leurs confrères de leur adresser des propositions pouvant entrer dans un texte de loi ; nous avons reçu nombre de lettres de lamentations, dénonçant des faits déplorables sans doute, mais aucune proposition visant les mesures à prendre pour les faire cesser.

Nous avons obtenu que dans la loi on insérât les deux conclusions votées par le Congrès de 1845 ; la suppression des officiers de santé, et la modification demandée à l'article 2101 du code civil, réglant les honoraires du médecin après la dernière maladie.

Grâce à l'énergique intervention de M. Emile Loubet, alors président du Conseil des Ministres, nous avons obtenu que les Syndicats médicaux possèdent une existence légale. Cette autorisation avait été refusée lors de la première et à la deuxième délibération du Sénat.

Nous avons fait rentrer, dans la loi, l'exercice de l'art dentaire.

Nous avons établi une définition plus exacte du délit d'exercice illégal de la médecine.

Mais pas une seule proposition précise ne nous a été transmise par le Corps médical. Au moment où a surgi la pensée de réunir ce Congrès, nous avons fait appel à nos confrères, en les priant de formuler leurs desiderata, aux membres de la magistrature et du barreau, pour donner à nos conclusions une forme juridique. Les résultats auxquels nous sommes arrivés dans les travaux préparatoires nous permettent de croire que, lorsque sonnera l'heure de la révision de la loi de 1892, vos futurs représentants seront mieux armés que leurs prédécesseurs.

Messieurs, si nous réussissons dans cet effort, qui, certainement devra être suivi de plusieurs autres, le corps médical en bénéficiera ; mais c'est pourquoi nous faisons appel au concours de tous ceux qu'intéresse la santé du peuple ; les malades recevront les soins éclairés que la législature a voulu leur assurer en édictant la loi sur l'exercice de la médecine.

Messieurs, je déclare ouvert le Congrès de 1906, réuni pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.

Discours du Dr Levassort,

Secrétaire général.

Messieurs,

La mission qui m'incombe aujourd hui, m'oblige à réclamer toute votre indulgence, car je puis, sans fausse modestie, vous confesser mon anxiété, au moment de vous rendre compte de la tâche que nous avons entreprise ; non pas, Messieurs, que nos distingués rapporteurs ne se soient montrés à la hauteur des questions qu'ils ont bien voulu accepter de traiter, mais à cause des difficultés que je rencontrerai à vous présenter leur œuvre comme elle le mériterait.

Tout d'abord, Messieurs, permettez-moi de payer un juste tribut de reconnaissance à notre président, Monsieur le Professeur Brouardel, qui n'a pas voulu s'enfermer dans une retraite bien gagnée, après une existence consacrée à la profession médicale et aux intérêts professionnels, mais au contraire a accepté de guider nos bonnes volontés avec une autorité bienveillante et une courtoisie auxquelles chacun de nous peut rendre hommage Après la part importante qu'il avait prise à l'élaboration de la loi de 1892, nul mieux que M. le Professeur Brouardel n'était qualifié

pour nous diriger dans la recherche des améliorations et des modifications à réclamer.

Plus qu'un autre, j'ai eu à apprécier le dévouement de M. Brouardel à la cause médicale, et c'est pour cela que je vous demande de vous unir à moi pour lui témoigner notre profonde gratitude en formant le souhait qu'il puisse longtemps encore nous conserver le précieux concours de ses conseils et de son expérience, et je ne crains pas de le dire, de sa bonté.

Notre Congrès, Messieurs, est né du hasard et je suis, sans le vouloir, père de cet enfant qui s'est trouvé déposé dans le giron du Concours Médical, où notre ami, de Grissac, lui servit de parrain. L'Union des Syndicats voulut bien être la marraine; ce fut le Docteur Duchesne, vice-président de l'Union, qui procéda au baptême, et comme il était au mieux avec la marraine, il fit déposer dans le berceau du nouveau-né un beau billet bleu de mille francs qui nous donna tout de suite le moyen de vivre. Ceci, remonte à plus de deux ans.

Je ne vous dirai pas les difficultés par lesquelles nous avons dû passer et les diverses remises de ce Congrès qui devait se tenir l'an dernier; il me suffira de vous rappeler ce que vous savez bien, c'est que nous autres médecins, nous sommes un peu lents à nous occuper de ce qui intéresse notre corporation; notre intérêt particulier suffit, le plus souvent à retenir notre attention. Bref, trouver des rapporteurs, obtenir les rapports en temps utile, fut notre plus grosse difficulté. J'aurais tort de ne pas faire remarquer que les matières dont il s'agissait étaient assez neuves et que nous aurions été bien plus tôt prêts s'il se fût agi de questions purement médicales.

La difficulté de nous mouvoir au milieu des écueils que renferme la procédure a conduit plusieurs de nos rapporteurs à réclamer le concours de quelques-uns de leurs amis, habiles à la discussion des lois et des textes, et, comme vous l'avez vu, un certain nombre de nos rapports sont faits en collaboration avec des avocats: le médecin a exposé les faits et l'avocat a présenté la cause, presque à l'instar d'un plaidoyer.

Cette alliance est d'un heureux présage et vous en reconnaîtrez certainement les grands avantages.

Ici, Messieurs, une parenthèse. Notre titre « Congrès pour la répression de l'exercice illégal » a été choisi, tout à fait au début; il a été conservé parce que c'est toujours fâcheux de changer de nom, cependant nous avons cru devoir y ajouter une mention qui en étend singulièrement la portée:

« Loi du 30 novembre 1892. »

En effet, si nous nous étions bornés à nous occuper de l'exercice illégal, nous aurions un peu trop restreint notre cadre, et c'est en cela que l'expérience de notre Président nous fut précieuse, car il nous montra que, si le but poursuivi était la répression de l'exercice illégal, cette recherche ne pouvait se faire qu'à la faveur d'un examen de la loi. Chaque article, pour ainsi dire, parle de la répression, il fallait donc reprendre mot à mot tous les textes et les discuter. Vous verrez avec quelle compétence et quelle précision MM. Prieur frères, l'un docteur en médecine, l'autre avocat, tous deux publicistes du plus grand mérite, ont bien voulu mettre leur collaboration au service du Congrès pour présenter la critique générale de la loi sur la médecine. Cette loi, que bien peu connaissaient, que tous maintenant vous avez lue, j'en suis sûr, a réglementé la profession de docteur en médecine, de dentiste et de sage-femme. Les textes sont souvent communs, et les applications communes également. Dans ces conditions, il nous a paru difficile de ne pas faire appel au concours de ces deux professions, et cela malgré quelques oppositions que nous regrettons de n'avoir pu vaincre.

Personnellement, je fus. au début, partisan de la formule exclusive de la discussion de la loi réservée aux seuls médecins; j'avoue que je me suis rendu aux raisons excellentes mises en avant par M. le professeur Brouardel: « Si nous désirons, « nous dit alors notre Président, obtenir des « pouvoirs publics un remaniement de la loi, il « ne paraît pas admissible que nous ne cherchions pas à avoir l'adhésion de ceux qui sont « visés comme nous par cette loi. Notre chance de « succès sera d'autant plus grande que nous serons d'accord, et notre échec serait certain si « nous étions divisés, ou tout au moins pas « unis. »

Ce langage était celui de la sagesse et ces résolutions ont prévalu.

Une section de dentistes et de sages-femmes font partie de notre Congrès: dans ces sections seront discutées les questions particulières à ces professions, et pour les questions générales ou communes, ces sections se réuniront à la nôtre, afin de grouper nos efforts.

Les dentistes nous ont donné l'exemple d'une activité et d'une entente parfaites de leurs intérêts. Leurs groupements professionnels peuvent servir de modèles aux nôtres et, par leur discipline et leur union, il est certain qu'ils nous seront un très utile et très puissant appui. Ces Messieurs sont nos alliés, ils nous ont promis de combattre loyalement avec nous, et nous leur accorderons, en échange, notre bon concours chaque fois qu'il en sera besoin. Personnellement, ils savent qu'ils peuvent compter sur moi.

Mesdames les Sages-Femmes forment aussi une section. Ce tiers-état médical n'a pas été sans nous donner quelques soucis et, comme secrétaire général, j'ai été quelque peu malmené par ces dames, mais, je ne saurais me montrer rancunier, et j'aime mieux conserver l'espoir que, de même que les dentistes, elles comprendront le grand intérêt du groupement et cesseront de combatre pour des questions de personnes qui n'ont rien à voir avec les intérêts professionnels. Dans leur section, ces dames vont faire de bonne besogne et nous donneront l'agréable surprise de vœux bien étudiés qui seront joints aux nôtres.

Elles ne m'en voudront pas de ces critiques et de ces conseils; ils sont dictés par le seul désir du bon résultat à obtenir.

Ce résultat, quand l'obtiendrons-nous? Bientôt, je l'espère; mais pourtant il ne faut pas trop nous leurrer et nous devons mettre tout en œuvre pour intéresser à notre cause les pouvoirs publics.

Songez, Messieurs, qu'en 1845 s'est tenu un Congrès dans le genre de celui-ci et que les réformes demandées dans le Congrès de 1845 n'ont abouti qu'en 1892, cinquante années après environ!

Les actes du Congrès médical de France de 1845 ne se trouvent plus que dans les bas-fonds des

vieilles bibliothèques, ou traînent ça et là, dans les boites des bouquinistes des quais. Leur lecture est cependant bien intéressante, et, pour ma part, j'y ai pris un vif intérêt

C'est le 2 août 1845, qu'à la suite d'un rapport du docteur Amédée Latour, fut décidé ce Congrès et il eut lieu le 1er novembre suivant. On résolut d'y convier les pharmaciens et les vétérinaires, et ceux-ci ne manquèrent pas de répondre à l'appel qui leur était adressé. Des chiffres sont toujours éloquents, car ils énoncent des faits ; quatre mille cinq cents médecins adressèrent leur adhésion individuelle aux organisateurs du Congrès ; je laisse de côté les adhésions des pharmaciens et des vétérinaires qui furent proportionnelles au nombre des membres de ces professions, mais j'insiste sur ces 4.500 adhésions, et je constate qu'il y a soixante ans, nos pères apportaient à la défense de leurs intérêts une ardeur que leurs fils n'ont pas dépassée ! et une promptitude dans l'exécution qui nous laisse un peu honteux !

A l'ouverture du Congrès, 1250 membres se pressaient aux portes de la salle Saint-Jean, mise à leur disposition par l'Hôtel-de-Ville de Paris.

Si nos instants n'étaient pas comptés, je vous lirais certains passages du discours du Secrétaire général du Congrès, et vous y verriez, Messieurs, énoncés en des termes éloquents les desiderata du Corps médical d'alors qui n'ont, hélas! pas beaucoup varié.

« Préparez, disait-il, les éléments d'une bonne « loi, faites connaître au pouvoir et aux législa« teurs vos besoins, vos désirs et vos espérances... « que vos discussions soient mesurées et courtoi« ses, qu'elles exhalent le parfum de la bonne com« pagnie à laquelle vous appartenez par votre ins« truction et vos lumières. » Et plus loin : « Que « l'expression de vos vœux soit raisonnable, prati« que, possible. *Ne demandez au pouvoir* que ce « qu'il peut raisonnablement vous accorder... »

Ces conseils sont encore d'actualité.

Au hasard des titres des rapports et des discussions, je trouve :

L'enseignement libre et l'enseignement clinique dans les hôpitaux.

Professeurs et agrégés. Durée des fonctions. Institution des agrégés. (*La question n'est pas neuve, vous le voyez*).

Puis : service actif dans les établissements consacrés à l'internat facultatif (ce que demandait notre confrère Noir, il y a un mois à peine.)

Conseil de discipline.

Et enfin :

Exercice illégal.

Puisque c'est autour de ce sujet que gravite notre Congrès, je suis dans l'obligation de faire un plus large emprunt au rapport du docteur Cerise qu'on pourrait presque reproduire en entier.

« La pénalité, en cas d'exercice illégal, disait « le rapporteur, est insuffisante ; non seulement « parce qu'elle fait défaut à l'égard de certains « cas prévus d'une manière générale, mais enco« re parce que l'application de celle qui est inscri« te dans la loi rencontre souvent d'invincibles « obstacles.

« Si ces imperfections graves n'existaient pas, « les magistrats chargés d'assurer l'exécution des « lois, qui ont l'œil ouvert sur tous les délits et sur « tous les crimes, ne répondraient point, comme « ils le font, aux sollicitations officieuses de vos as« sociations les plus fortement constituées par ces « désolantes paroles : « Il n'y a pas lieu de pour« suivre. » Le mal existe pourtant, on l'avoue, on « le reconnaît. Le moyen de ne pas le reconnaître? « Sur les murs des villes et des hameaux, sur « les arbres qui bordent les routes, sur de mons« trueuses et indécentes affiches, il étale sa hideu« se nudité ! Dans les journaux politiques, judi« ciaires, industriels, il reçoit, moyennant salaire, « une large, brillante, et souvent majestueuse hos« pitalité. Nous objectera-t-on après cela qu'il se« rait nécessaire, pour découvrir le mal, de péné« trer dans l'intérieur des foyers domestiques, de « faire des enquêtes sur les habitudes profession« nelles plus ou moins clandestines des individus « qui se livrent à l'exercice illégal de la médecine? « Non, personne ne se cache dans l'ombre, les échop« pes sont ouvertes, la place publique est le théâ« tre du délit. S'il est surtout répandu dans les « campagnes, il faut dire aussi qu'il est l'objet d'é« tranges prédilections dans les rangs élevés de « la société. Si le magistrat reste silencieux, c'est « qu'il ne se sent point armé, c'est que, fidèle « avant tout aux maximes de notre droit, il laisse « tristement subsister le mal plutôt que de l'attein« dre en commettant un acte arbitraire. Souvent « aussi il renonce à des poursuites inutiles. »

Le mal, Messieurs, dont nous nous plaignons aujourd'hui est, comme vous le voyez, un mal bien ancien, mais il s'est aggravé et le tableau que je viens de vous en tracer pour 1845 serait bien pâle à côté de celui qui reproduirait les faits qui se passent de nos jours. Nos rapporteurs vous édifieront sur ce point.

Est-ce à dire qu'il n'y a rien à faire ? Non, certes, et l'indifférence n'est qu'une capitulation honteuse et déguisée. On a prétendu que nous recherchions surtout notre intérêt particulier, que nous étions jaloux du succès des guérisseurs et que nous ne revendiquions un monopole que parce que nous le sentions nous échapper par notre faute et par notre ignorance. Nos rapporteurs vous diront, Messieurs, quelles sont les raisons sociales de notre privilège. Toutes les civilisations l'ont reconnu, et c'est la société qui retire le plus de profit d'avoir des médecins instruits.

C'est avant tout et surtout dans un but social que nous travaillons. Quel esprit sérieux pourra jamais admettre la valeur et l'utilité de ces remèdes qui guérissent tout.

J'ai conté quelque part le cas de ce paysan qui envoyait les urines de sa femme avec une lettre à un guérisseur fameux ; la lettre seule partit, la fiole d'urine ne fut pas acceptée par la poste ; deux ou trois jours après, le mari recevait une ordonnance où il était dit qu'après un examen sérieux des urines envoyées, etc.., etc... *Ab uno disce omnes.*

La liste de ces supercheries serait si longue que votre patience en serait lassée, aussi ne convient-il pas d'insister, mais l'un des buts de notre Congrès est d'informer les intéressés, c'est-à-dire le public, des fraudes des guérisseurs, des mensonges des charlatans, et si nous ne pouvons les écarter à jamais de ces officines de réclames, tentons, du moins, de leur en inspirer la défiance.

Les magistrats eux-mêmes ont besoin d'être informés, car notre loi est de celles qui sont peu appliquées, et partant mal connues: il faut lire la préface écrite par M. Maxwell, avocat général à

Bordeaux, pour le livre de notre ami Sentourens par lui la question est bien mise au point.

Le magistrat, qui nous paraît souvent hostile, a besoin de nous mieux connaître, et l'empressement de plusieurs membres distingués du Parquet à répondre à notre invitation d'assister au Congrès témoigne du réel désir de ces Messieurs de se mieux rendre compte du sujet dont nous allons traiter.

Notre intention et nos efforts ont été compris, et c'est la raison qui nous a permis de nous présenter à vous avec un comité de patronage dont nous sommes très fiers.

Non content de nous donner une marque d'encouragement déjà précieuse, M. le Ministre de la Justice a délégué M. Paillot, directeur des affaires civiles et du sceau, pour suivre les travaux du Congrès.

M. Mirman, Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur, eût été présent à cette séance d'inauguration et nous aurait ainsi donné la mesure de ses sentiments bienveillants pour le corps médical, si ses fonctions ne l'avaient appelé aujourd'hui même à Milan ; mais M. le Ministre de l'Intérieur a désigné trois de ses plus hauts fonctionnaires : MM. les docteurs Chantemesse, Faivre et Renault, inspecteurs des services sanitaires pour assister à nos séances.

Le Ministère de l'instruction publique est représenté par M. Bayet, Directeur de l'Enseignement supérieur, et par MM. de Beauchamp, Generes et Saint-Arroman, chefs de bureau de ce département.

Et M. le Préfet de Police, dont l'Administration ne cesse de donner aux médecins son appui efficace a choisi M. le docteur Thoinot et M. Marc Honorat pour suivre nos travaux ;

En même temps que M. Saintyves, le chef de la deuxième division, voulait bien autoriser un de ses rédacteurs à être présent à toutes nos séances.

Soyez assurés, Messieurs, de notre sincère reconnaissance et croyez que nous sentons tous le prix des encouragements qui nous sont prodigués et dont nous nous efforcerons de nous montrer dignes.

Enfin, Messieurs, je ne puis dissimuler les raisons qui font au Corps Médical un devoir de se liguer contre le charlatanisme pour sauvegarder nos intérêts particuliers. Ceux-ci sont-ils légitimes ? Qui songerait à le nier ? De longues études, des sacrifices d'argent, nous ont mis en possession d'un diplôme qui nous impose des devoirs et des risques. Devons-nous nous laisser dépouiller et laisser prescrire nos droits ? Vous ne le penserez pas ; vous le penserez d'autant moins que la société ne cesse de profiter de notre dévouement et de nos découvertes, et que nulle profession, autant que la nôtre, ne se montre généreuse et prodigue envers ses semblables.

Qu'il s'agisse du croup ou de la fièvre typhoïde, de la rage ou de toute autre maladie, à qui profitent nos découvertes ? A la société.

Ecoutez les paroles prononcées par M. le prof. Chantemesse à sa leçon d'ouverture, le 26 avril 1904 : « Depuis les époques les plus anciennes de « la médecine, le médecin, vous le savez, s'est « efforcé par tradition, par devoir, par philan« thropie, par intérêt scientifique, de prévenir « les causes des maladies. Tant que l'étiologie « réelle de la plupart des maladies populaires a « échappé, les mesures prophylactiques n'ont pas « eu un caractère de certitude ni de généralité « assez grand pour aboutir à diminuer considé« rablement la morbidité générale, excepté en ce « qui concerne la variole. L'ère pastorienne a ame« né un bouleversement profond. Or, il devient « évident aujourd'hui que les progrès de l'hygiène, « la déclaration obligatoire des maladies trans« missibles, le souci de boire de l'eau pure, la ré« fection des égouts, la désinfection systématique, « la sérothérapie préventive, la prophylaxie de la « malaria dans certains pays, l'éducation hygiéni« que du public, etc., etc., ont fait baisser beau« coup le nombre des cas de maladies. L'agent « principal de ce bienfait public a été le méde« cin, et, cependant, chacun de ses efforts en fa« veur de la société a *été quelque chose d'opposé à* « *ses intérêts particuliers* de praticien thérapeute. « Pour faire œuvre sociale utile à tous, il n'a re« çu et ne reçoit aucun salaire.

« Le médecin qui dénonce la présenee d'un « foyer de contagion et le fait supprimer ne rend« il pas autant de services que l'ancien louvetier, « honoré et payé pour détruire les loups ?

« Il y a justice, il y a utilité pour tout le monde « à ce que l'intérêt du médecin soit harmonisé « avec l'intérêt social ».

Et le Dr Renon, dans une très remarquable leçon d'ouverture à la Pitié, constate « qu'à notre épo« que, où chacun cherche des débouchés nouveaux « pour agrandir sa sphère d'action et les limites « de son activité, le médecin est le seul homme « qui les restreigne chaque jour davantage ; mais « s'il agit ainsi, c'est qu'il sacrifie volontiers son « intérêt privé à l'intérêt général ».

Et qu'on vienne dire maintenant que notre but est étroit, que nos efforts sont limités à notre monopole... Non, Messieurs, fidèle à sa mission, fidèle à son rôle social, le médecin, gardien vigilant de la santé publique, après avoir flétri l'alcoolisme et signalé ses ravages, après avoir entamé la lutte contre la tuberculose, cet autre grand fléau, s'attaque aujourd'hui au charlatanisme et dénonce le péril. Aux pouvoirs publics à prêter l'oreille à nos avertissements, aux magistrats à mieux apprécier nos efforts, aux malades à se défier, et à nous enfin, à nous unir contre un mal qui gagne et s'étend chaque jour davantage.

Notre pays, d'ailleurs, n'a point à cet égard un monopole, et l'étranger est aussi envahi que nous ; c'est la raison, Messieurs, qui fait que vous voyez à nos côtés des représentants autorisés des pays voisins.

Saluons ensemble, Messieurs, et souhaitons la bienvenue à M. le professeur Treub, d'Amsterdam ; à M. le docteur Wynne, notre confrère anglais, et envoyons l'assurance de nos sympathies à nos collègues d'Allemagne qui nous ont adressé des documents de réelle valeur : MM. les docteurs Alexander, Siffart, Reissig, Magnus et M. Graack, de Berlin ; et remercions de sa présence M. le Dr Kossmann, professeur extraordinaire, vice-président de la Chambre médicale de Brandebourg et de la ville de Berlin.

Bien qu'il se soit agi de l'examen de la loi de 1892 en rapport avec l'exercice illégal de la médecine, il nous a paru bon d'admettre à notre congrès des confrères étrangers qui viendront nous dire ce qu'est le mal chez eux, et les moyens qui ont été employés pour le combattre.

Tout n'est pas dit, en effet, quand on a fait agir

la loi. Des mesures peuvent être préconisées dont la portée peut être grande, et. à cet égard, vous entendrez des rapports très intéressants, notamment celui de M. le professeur Folet, de Lille, sur la contre-réclame.

Il y a lieu aussi, puisque le mal est général, de nous demander s'il ne tient pas à des causes particulières, économiques, sociales... La vogue des charlatans a sa raison : *vulgus vult decipi*, dit-on. Je ne crois pas, pour ma part, qu'il en soit ainsi, mais, je crois que le public veut quelque chose de plus que ce que nous lui donnons et que lui donnent les charlatans. Il y a, dans ce qu'ils font, la manière ; je n'entends pas dire qu'il faut que nous prenions leurs procédés, tous leurs procédés, mais qui sait ? Ce sera à mes confrères, les docteurs Leredde et Bardet, de vous parler de ces choses. Ils susciteront des réflexions de la part du corps médical qui se tient trop enfermé dans sa tour d'ivoire. Nous vivons dans un milieu qui se transforme, dans une société qui se perfectionne et varie... Nous devons être adaptés à ce milieu. C'est là une de nos lois de physiologie des plus curieuses et des moins contestables : le milieu fait varier nos organes et en provoque la nouvelle adaptation. La médecine, en tant qu'organe social, doit s'adapter au mouvement économique auquel elle est liée.

Surtout, Messieurs, n'allez pas me prendre pour un révolutionnaire, et croire que je cherche à bouleverser tout dans notre paisible vie médicale ; mais, si je ne suis pas pour un changement complet, je suis cependant partisan des réformes, et j'estime, comme beaucoup de bons esprits, qu'elles sont nécessaires, qu'elles s'imposent, et qu'il est temps de nous y appliquer dans la crainte de ne plus pouvoir le faire dans l'avenir.

J'avais, en commençant, promis d'être court, et je m'aperçois que je fus très long, pardonnez-le moi. Je ne puis cependant terminer sans vous prier de vous unir à moi pour remercier nos collaborateurs.

La Commission d'initiative et d'organisation a tenu de nombreuses séances, la plupart présidées par le toujours dévoué professeur Brouardel, secondé par le Dr Duchesne, qui s'est surmené pour suffire à la tâche.

Notre trésorier, le Dr Gouffier, a droit à toute notre gratitude pour la régularité et la précision qu'il a su apporter dans sa fonction particulièrement délicate. Vous vous rendrez compte de son œuvre quand il vous exposera la situation financière.

Nos secrétaires : Bruno-Dubron, Lièvre, Sentourens, Mazeran, ont mis toute leur bonne volonté et leur activité à nous aider, et je ne saurais oublier d'autres collaborateurs plus modestes, mais non moins dévoués que : MM. Millier et Penot qui ont. eux aussi, droit à nos remerciements.

En ce qui me concerne, Messieurs, j'ai conscience d'avoir fait de mon mieux ; non pas cependant autant que je l'aurais souhaité, mais il est bien difficile de mener de front ses occupations professionnelles et la préparation d'un Congrès.

Montrez-vous indulgents à mon égard, Messieurs, et, si j'ai commis quelques oublis ou quelques erreurs, pardonnez-les moi et, pour finir, laissez-moi exprimer le vœu de voir nos réformes aboutir dans un court délai, et cela pour le plus grand bien du public et de notre profession.

REPORTAGE MÉDICAL

Faculté et Hôpitaux.

M. Maurice Chevassu, prosecteur, a ouvert un cours de chirurgie de la tête, du cou et du thorax, le vendredi 1er juin 1906 à 1 h. 1/2. Le cours a lieu tous les jours ; les élèves répètent eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le droit à verser est de 50 francs.

— M. Deny a repris ses conférences cliniques sur les maladies mentales, le dimanche 20 mai, à 10 h., et les continuera les dimanches suivants.

— Le concours pour la nomination de deux chirurgiens des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. V. Veau et R. Proust.

Les internes en médecine et en chirurgie de l'Hôtel-Dieu ont commencé, le vendredi 1er juin, une série de conférence de clinique médicale et une série de conférences de cliniques chirurgicales avec examen des malades par les élèves.

Chaque série comprendra 20 leçons . Le droit d'inscription est de 50 francs pour chaque série.

On peut s'inscrire à la salle de garde de l'Hôtel-Dieu et le programme détaillé sera communiqué aux élèves.

— Un cours de vacances, commençant le 5 juin 1906 et comprenant 17 leçons, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu sous la direction de M. le Prof. Dieulafoy, le matin, de 10 h. à 11 h. 1/2.

Ce cours aura pour programme :

1° Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades ;

2° L'exposé des principaux procédés de recherches bactérioscopiques, hématoscopiques, uroscopiques, cytoscopiques et coprologiques applicables au diagnostic clinique ;

3° Les principales indications des grandes médications (thoracentèse, ponction lombaire bains froids.

Les droits à verser sont de 80 francs.

— Le cours de perfectionnement de gynécologie fait sous la direction du Prof. Pozzi, commencera le 11 juin 1906, à 9 h. du matin, à la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, avec le concours de MM. Dartigues, R. Lœvy, X. Bender, Zimmern et Lequeux ; le cours sera complet en 15 leçons.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardi, jeudi et samedi, de midi à 3 h. Les droits à verser sont de 50 francs.

— Afin de faciliter aux candidats la connaissance des matières qui font l'objet de l'examen d'aptitude pour le grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve, ou de territoriale, ou l'emploi de médecin auxiliaire, des conférences auront lieu tous les mardis, jeudis et samedis de juin, à partir du 2 juin de 4 à 5 h. à l'hôpital militaire de Saint-Martin.

Une autorisation pour assister à ces conférences préparatoires sera accordée par le directeur du service de santé aux candidats qui en feront la demande. S'adresser au médecin inspecteur, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Ardoin, de Gonfaron (Var) et Le Bayon, de Paris, membres du « Concours Médical. »

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année N° 23 10 JUIN 1906



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Encore le « Secret professionnel ».

Cette fois, il s'agit du code civil et non plus du criminel — peu importe d'ailleurs, puisque la question du secret professionnel est une.

Voici les faits :

Dans le département de Meurthe-et-Garonne, un ouvrier, — appelons-le O... — attrape une hernie dans son travail. Dès le lendemain, son patron, — appelons-le P... — fait une déclaration d'accident. O... entre à l'hôpital le surlendemain, est opéré de sa hernie au bout de six jours.

Instance devant le Juge de Paix pour obtenir le paiement de l'indemnité journalière : la Compagnie d'assurances entre en cause et soutient, sans aucun certificat, et malgré la déclaration de P.... que la hernie était congénitale et non accidentelle, — elle est d'ailleurs condamnée par le Juge à payer l'indemnité réclamée.

Mais O... meurt sur ces entrefaites, et la Compagnie fait appel du jugement qui l'a condamné, soutenant qu'il appartient à la victime de faire la preuve que la hernie était bien accidentelle et non congénitale.

Au moment où l'affaire est appelée, l'autopsie ne peut plus être utile, le Président du Tribunal interroge donc le chirurgien qui a opéré O... ; celui-ci se retranche derrière le secret professionnel et refuse de répondre.

C'est alors qu'à l'instigation du Président lui-même, la veuve O..., délie le chirurgien du secret professionnel et, acte régulier étant pris de la chose, lui fait sommation de dire si la hernie était accidentelle ou congénitale, *faute de quoi il sera tenu responsable du dommage que pourra causer son silence.*

Devant la crainte d'une condamnation et à coup sûr de beaucoup d'ennuis, le chirurgien a parlé.

Il est fâcheux que notre confrère n'ait pas été agrégé au « Sou médical » et n'ait pu soutenir jusqu'au bout ce qu'il estimait justement être son devoir.

Le fait subsiste pourtant qu'un Président de Tribunal n'a pas reculé devant la violation de la conscience d'un médecin.

Il s'agit de savoir si la loi est faite pour le public seul ou bien pour les magistrats comme pour le public.

LA SEMAINE MÉDICALE

La méthode de la superpurgation contre les vomissements incoercibles de la grossesse.

M. le Dr L. Dubrisay a rappelé, récemment à la Société du 1er arrondissement, à propos d'une très remarquable observation qu'il a recueillie, la surprenante efficacité de la méthode de Forgues, d'Étampes et de Bonnaire, pour traiter les vomissements incoercibles de la grossesse.

« Il s'agissait d'une primipare de 19 ans, qui, au 2e mois de sa grossesse, fut prise de tels vomisssements que, de l'avis de plusieurs médecins, l'avortement provoqué était formellement indiqué.

« Se rappelant les beaux succès obtenus par son maître, le Dr Bonnaire, dans son service de Lariboisière, dans des cas analogues, M. le Dr Dubrisay conseilla de donner à la malade successivement 2 ou 3 bouteilles d'eau de Sedlitz, le lendemain matin, jusqu'à évacuation de quantité de matières fécales.

« Le lendemain matin, on administre à la malade une bouteille d'eau de Sedlitz qui est rendue ; une demi-heure après, on administre une deuxième bouteille qui est, en partie, conservée, et deux heures après une troisième bouteille, environ 600 ou 700 gr. d'eau de Sedlitz.

« La malade rend une quantité de matières horriblement fétides. »

A la suite de cette évacuation, elle se sent très soulagée et le lendemain, 22 mai, elle commençait à s'alimenter, d'abord avec des aliments liquides ; peu à peu elle se nourrissait comme tout le monde.

On continua à surveiller de très près les fonctions digestives et la grossesse évolua normalement jusqu'à terme.

Voilà donc un cas, dans lequel la méthode de la superpurgation préconisée par Forgues, d'Etampes, a donné un succès complet.

« Ce traitement, est basé sur ce que les vomissements incoercibles sont dus le plus souvent à des phénomènes *d'auto-intoxication gravidique* agissant sur un terrain nerveux (ce qui explique dans certains cas, comment nombre de médicaments peuvent agir par suggestion).

« Cette désintoxication produite par superpurgation, jointe aux grandes entéroclyses, a donné entre les mains de M. Bonnaire de très beaux succès, si bien que depuis cinq ou six ans où l'auteur la lui voit appliquer, dans son service, à toutes les malades atteintes de vomissements incoercibles, 2 ou 3 fois seulement, on a dû recourir à l'avortement provoqué.

« Appliqué dans toute sa vigueur, en suivant de près les malades, pour éviter des accidents graves, ce traitement permettra d'éviter l'avortement provoqué, opération à laquelle tout médecin vraiment soucieux de son art ne devrai avoir recours que dans des cas absolument exceptionnels et pour sauver une existence maternelle. »

Sur la véritable action de la teinture d'iode.

Dans l'esprit de beaucoup de personnes, la teinture d'iode agit sur les douleurs et les phénomènes congestifs, par la révulsion et les stimulations cutanées qu'elle produit.

Sans aucun doute, les badigeonnages de teinture d'iode, c'est-à-dire d'alcool à 90 degrés et d'iode, déterminent sur la peau une rubéfaction parfois très douloureuse. On peut même voir apparaître aux points badigeonnés une vésication intense, des phlyctènes, et ce que l'on a appelé l'érysipèle iodique. Cette trop excessive révulsion tient à ce fait que l'iode dissous dans l'alcool acquiert une causticité particulière et même dangereuse.

En effet : « Il est sage, dit Arnozan, de ne pas badigeonner en une seule fois une surface de plus de 19 à 20 centimètres carrés. Etendre davantage l'application de ce révulsif serait exposer le malade à des réflexes fâcheux. »

Cette remarque du professeur de thérapeutique de la Faculté de Bordeaux était nécessaire pour enrayer l'exagération des praticiens qui, ayant perdu de vue la signification de cette forme pharmaceutique, utilisent ses défauts, les prenant pour des qualités, sans se douter qu'ils manient de l'iode et rien de plus.

La teinture d'iode, en effet, est née simplement de ce fait que, ce métalloïde étant insoluble dans l'eau, il fallait, pour le faire absorber extérieurement par l'organisme, et permettre ainsi son action générale curative, le dissoudre dans un excipient commode, et l'on a pris l'alcool. Dans la pensée du thérapeute, badigeonner une région malade avec la teinture d'iode, c'était faire absorber par cette région une quantité de métalloïde suffisante pour y déterminer révulsion, antisepsie, action trophique et fondante ; mais cela ne consistait pas à y produire seulement une violente brûlure. L'alcool n'était donc que le procédé destiné peut-être à augmenter la révulsion et c'était tout.

La vésication et même simplement la brûlure n'ont, en elles-mêmes, que des inconvénients et fort peu d'utilité. En effet, plus l'épiderme est lésé, moins l'absorption de l'iode se fait régulièrement ; et cependant, l'absorption continue de l'iode a beaucoup plus d'efficacité qu'une révulsion brutale et douloureuse.

Le coton iodé produit une très active révulsion, et pourtant il n'y a pas dans ce procédé la moindre trace d'alcool. Mais, le coton se décolore, il abandonne son iode au tégument du malade et la révulsion a lieu.

« Les pommades iodées elles-mêmes sont révulsives (Berlioz). Il en est ainsi de l'iodosol ou vasogène iodé (1). Le vasogène laisse au pouvoir révulsif de l'iode toute la liberté de se manifester. Il facilite en outre sa pénétration organique, c'est-à-dire tous les effets de la médication iodée. On sait, en effet, que les vasogènes sont des hydrocarbures oxygénés tenant en solution dans

(1) Dr Léon David. — *Journal. d'obstétr. et de gynécologie pratiques.*

leurs molécules des corps ordinairement insolubles, et qui, par leur extrême facilité à se mêler aux liquides organiques, y entraînent, à leur suite, les agents médicamenteux préalablement dissous par eux. Ainsi, badigeonnez ou frictionnez, quelque temps, la peau d'un sujet malade avec le contenu d'une cuillerée à café d'iodosol, et vous ferez pénétrer dans cet organisme l'iode dissous dans le vasogène. Vous l'y ferez pénétrer sans léser en rien l'épiderme, sans l'enflammer douloureusement, sans vésication, sans phlyctènes ; et vous aurez ainsi conservé à l'iode toute sa valeur thérapeutique, c'est-à-dire son action révulsive aux points frictionnés, et ses propriétés générales antiseptiques, trophiques et fondantes. Nous en avons la preuve quand nous traitons les bronchites, l'emphysème, le goitre, etc., par le vasogène iodé. En dernière analyse, le praticien doit donc considérer la teinture d'iode comme une préparation agissant non par simple causticité, mais par l'iode qu'elle renferme, avec cette réserve que l'action du métalloïde est atténuée grandement par les lésions inflammatoires habituelles. »

La stérilisation des eaux par l'ozone.

M. le Dr Foveau de Courmelles, de Paris, a fait récemment au Congrès des Sociétés savantes une communication sur la stérilisation des eaux destinées à l'alimentation, au moyen de l'ozone.

« Depuis plusieurs années, dit-il, on a songé à traiter ainsi les eaux destinées à la consommation alimentaire, mais le prix de revient trop onéreux rendait l'organisation impraticable. En ces derniers temps, divers procédés permettant l'épuration des eaux par l'ozone à raison de 1, 2 ou 2 centimes 1/2 par mètre cube, montrent que le problème est résolu.

« L'ozone est produit à bon marché par des ozoniseurs, avec ou sans diélectriques. La pression électrique est considérable, 36.000 volts par exemple, pour une intensité très faible de l'ordre du milliampère.

« Des effluves abondantes, chargées de lumière ultraviolette qui, ozonisant l'air, donnent un air chargé d'ozone que l'on mène sous pression dans l'eau à épurer. Cette eau a dû être filtrée à travers des pierres et du sable pour la débarrasser de ses matières solides ou organiques en suspension ; elle est alors versée dans le stérilisateur où l'air ozonisé arrive par en bas. Le contact de l'ozone et de l'eau doit être parfait : pour cela, les agitateurs peuvent mélanger le liquide à épurer et le gaz épurant. On peut encore mettre de distance en distance des lames de celluloïd perforées de nombreux petits orifices, et l'on constate alors un bouillonnement énorme dans la masse liquide produite par l'ascension de l'air ozonisé et qui se mélange ainsi, avec dissolution partielle, à l'eau qu'il épure. L'eau qui sort a la belle couleur bleue de l'ozone, et n'a aucune odeur (1 gr. 20 d'ozone suffit pour 1000 litres d'eau). L'eau analysée ne contient que quelques bactéries ou même pas du tout.

« Il apparaît donc que les villes ont actuellement un moyen pratique et peu coûteux de livrer, par l'ozone, de l'eau stérilisée à leurs habitants. »

La cure de Vichy chez les enfants.

D'après M. le Dr F. Déléage, les indications de la cure de Vichy chez les enfants sont beaucoup plus nombreuses qu'il ne semble au premier abord.

La première indication s'adresse à la constitution, aux tares héréditaires chez les fils d'hépatiques, d'uricémiques, de goutteux, d'obèses, de diabétiques, chez lesquels il est nécessaire de modifier, de régulariser les échanges nutritifs, les fonctions hépatiques, de combattre l'hyperacidité organique.

La cure chez les enfants doit être surveillée de très près ; son intensité et sa durée doivent être en rapport avec un certain nombre de données physiologiques et pathologiques en tête desquelles vient l'âge de l'enfant.

Le nourrison lui-même, hépatique héréditaire dont la mère, nourrice ou non, fait une cure à Vichy, retirera un heureux résultat de l'ingestion d'Eau minérale à des doses minimes, en même temps qu'il bénéficiera de la cure de sa mère-nourrice, dont le lait gagnera en qualité et en quantité.

L'indication se précise chez les enfants plus âgés et portant l'empreinte de l'hérédité hépatique, de la cholémie, qui ont des poussées de congestion douloureuse du foie, s'accompagnant de troubles gastriques et souvent d'entérite, de même que chez les petits paludéens, pour lesquels les sources Mesdames et Lardy, bicarbonatées, ferrugineuses et arsenicales, sont très précieuses.

Les lithiases biliaire et rénale, moins rares chez l'enfant qu'on pourrait le croire, sont enrayées, chez lui comme chez l'adulte, par le traitement de Vichy.

De nombreux enfants de 6 à 10 ans sont dyspeptiques avec les symptômes de l'hyperchlorydrie ; la cure alcaline combattra cette hypersthénie stomacale.

Dans le diabète infantile, les indications sont plus réduites que dans celui de l'adulte, la maladie prenant rapidement, et souvent d'emblée, les allures du diabète grave maigre.

Les contre-indications sont fournies par les affections aiguës, fébriles, la tuberculose, les ictères graves dus à des lésions profondes de la cellule hépatique ou à une compression du cholédoque, les affections cardiaques mal compensées.

L'Eau de Châtel-Guyon agit en même temps sur le spasme et sur l'atonie de l'intestin.

M. le Dr Ch. Esmonet, vient de faire une nouvelle étude sur l'action paradoxale de l'eau de Châtel-Guyon également active contre le spasme et contre l'atonie de l'intestin.

Un même sujet présente, en effet, souvent un intestin spasmé sur un point, atone sur un autre; un même segment du même intestin peut être alternativement spasmé et atone.

Il s'ensuit qu'on est autorisé à considérer le *spasme* et *l'atonie* comme étant de *commune essence*. Dans le système que constituent : la cellule nerveuse du sympathique abdominal, le nerf conducteur de l'influx, la fibre lisse intestinale, on admettra que le fil conducteur est indifférent, —

que l'influx émis par le corps nerveux ne saurait changer de nature, — que le mécanisme intime de la contraction musculaire reste toujours semblable à lui-même. Ce qui semble varier, c'est la quantité (fréquence et potentiel) des incitations qu'émet le corps nerveux, — c'est l'état anatomique du corps musculaire, et son état de réceptivité à l'influx au moment précis où celui-ci vient le solliciter. Le même appareil peut fournir ainsi alternativement du spasme ou de l'atonie, obéissant à cette loi de physiologie générale, qui veut qu'à un même agent, à un même médicament, répondent — par des effets différents et parfois opposés, suivant les doses administrées, suivant l'état dans lequel ils sont surpris — les cellules, les tissus, les appareils. On doit donc s'attacher à ne reconnaître dans les phénomènes du spasme et de l'atonie que la déviation des phénomènes physiologiques normaux par lesquels s'effectue la progression des fèces. Celle-ci est due à la contraction et au relâchement alternatifs des couches musculaires longitudinales et circulaires de l'intestin. La contraction des fibres longitudinales raccourcit l'instestin (peut-être en augmentant son calibre) et propulse le bol fécal ; les fibres circulaires, en se contractant, s'accolent à la partie postérieure du bol, le poussent en avant, comme s'échappe un noyau de cerise, saisi à mi-longueur, et pressé entre la pulpe de deux doigts. En même temps, les fibres circulaires placées en aval de cette sorte de sphincter, par conséquent au contact et en avant du bol fécal, restent ou reviennent à l'état de tonus normal, sont peut-être même relâchées, par un phénomène d'inhibition comparable à celui qui fait s'ouvrir en temps utile le pylore devant le chyme.

Mais, pour réaliser cette propulsion du bol fécal, il faut qu'il y ait concordance parfaite entre ces divers actes. La contraction de la couche longitudinale seule serait moins efficace si elle n'était secondée par la contraction circulaire *a posteriori*, et ces deux couches, même par leur contraction synergique, sont impuissantes à franchir l'obstacle que constitue la contracture inopportune de la circulaire en avant du bol fécal. C'est en cela précisément que paraît consister la *constipation spasmodique*. L'harmonie qui préside normalement à la succession de ces phénomènes complexes, *l'eurythmie intestinale*, n'existe plus.

Ce qui manque, en somme c'est un régulateur. *Le traitement de Châtel-Guyon est ce régulateur.*

L'action totale de l'eau chlorurée magnésienne de Châtel-Guyon est régulatrice de la tonicité de la fibre lisse, non pas uniquement au niveau de l'intestin, mais dans tout l'organisme. Si son action a été d'abord reconnue sur le tube digestif, c'est parce qu'il n'y a pas de plus important système lisse dans toute l'économie. Mais nulle fibre de même nature n'y échappe ; toutes les parois vasculaires en sont tonifiées, c'est-à-dire se présentent à la masse sanguine et lymphatique dans des conditions d'élasticité et de tonicité se rapprochant de ce qu'elles doivent être normalement.

C'est cette action puissante qui pétrit, qui masse jusqu'aux recoins de l'organisme tous les lacs liquidiens du sang et de la lymphe. S'il y a, le plus ordinairement, polyurie à titre transitoire et augmentation de la tension artérielle à titre permanent et progressif, c'est que, chez beaucoup de constipés, surtout chez les entéritiques, il existe de ces œdèmes latents que nous commençons à connaître depuis les travaux de MM. Achard et Widal, œdèmes dus à la diminution moins dans la force propulsive du cœur que dans la tonicité de la trame vasculaire et conjonctive éparse dans tout l'organisme. La tension artérielle se relève, non parce que Châtel-Guyon est hypertenseur, mais parce que, *régulateur*, il la prend là où elle était trop bas, pour l'approcher de la normale.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Polyclinique de l'hôpital Saint-Louis : M. le Professeur Gaucher.

Diagnostic des syphilides et de l'eczéma palmaires.

Jeune femme atteinte d'une lésion palmaire, qui a résisté, depuis six mois, aux traitements locaux les plus variés. Le diagnostic de cette lésion n'est pas très difficile pour quiconque connaît bien la question. Toutefois, le praticien non prévenu peut être facilement induit en erreur et appliquer, comme cela eut lieu ici, des médications inefficaces, parce que déduites d'un diagnostic défectueux.

Il s'agit d'une dermatose sèche de la paume de la main, pour laquelle deux diagnostics sont en présence : l'eczéma et la syphilide palmaire. La malade n'a pas d'antécédent spécifique connu. On ne doit jamais, d'ailleurs, demander à une femme — en ville et aussi à l'hôpital — si elle a eu la syphilis, ce qui ne servirait à rien et aurait de sérieux inconvénients sociaux. Il faut se contenter de questions qui ne prêtent à aucun soupçon et établir le diagnostic d'après les caractères de la lésion.

Chez notre malade, nous trouvons, en faveur de l'eczéma, la bilatéralité de l'affection. Les syphilides sont souvent, mais non toujours unilatérales, alors que, au contraire, l'eczéma est plutôt bilatéral. Contre l'eczéma, il y a le peu d'étendue de la dermatose et sa limitation. L'eczéma est ordinairement plus large, plus diffus. Ici, la lésion est très régulièrement limitée et, sur son bord, l'épiderme se décolle en colerette. Cette dermatose sèche est d'origine spécifique : comme confirmation, nous trouvons sur le poignet gauche des syphilides papuleuses, hémicerclées, circinées rouge-sombre, caractéristiques. Le traitement consistera en préparations mercurielles (injections ou pilules) et en iodure de potassium. Les injections guériraient plus vite, mais les pilules hydrargyriques procureront également un bon ré-

sultat : dans un mois, au plus tard, la dermatose en question, qui avait résisté pendant six mois à toutes les interventions locales, sera certainement disparue, grâce à la thérapeutique, dont je viens de parler.

Tuberculose ulcéro-crustacée de la peau.

Garçon de 13 ans présentant depuis six ans des lésions ulcéro-croûteuses de la peau, qui siègent au visage et sur les membres. Des croûtes grisâtres, assez épaisses, recouvrent des pertes de substance du revêtement cutané : c'est l'impetigo-rodens des anciens auteurs. J'ai décrit cette affection au congrès de Dermatologie de 1889, sous le nom de « tuberculose pustulo-crustacée.» Elle se présente d'abord sous forme de pustule, puis de masse croûteuse au-dessous de laquelle existe une ulcération. Ces lésions sont bacillaires, ainsi que le démontrent les inoculations aux animaux. La guérison s'obtient quelquefois par des moyens simples, de la vaseline boriquée, de la poudre d'amidon. Dans les cas anciens, on s'adressera aux cautérisations avec le thermocautère ou le naphtol camphré. Après avoir fait tomber les croûtes à l'aide de pulvérisations, on applique sur l'ulcère du naphtol camphré ou la pointe du thermocautère.

Syphilis et lésions osseuses de l'enfance.

Voici une malade qui a eu dans son jeune âge une ostéite du genou, et qui vient actuellement consulter pour des gommes syphilitiques typiques.

Parmi les lésions osseuses de l'enfance, classées autrefois dans la scrofule et aujourd'hui dans la tuberculose je crois que quelques-unes sont des syphilis méconnues. J'estime que certaines tumeurs blanches du genou, certaines coxalgies qui guérissent par ankylose ou autrement sont hérédo-syphilitiques. Quand une tumeur blanche tuberculeuse s'amende spontanément, elle ne guérit pas en général d'une manière absolument complète ; elle ne reste pas, comme chez notre malade par exemple, plus de 30 ans sans manifester la moindre tendance au réveil.

Diagnostic de l'eczéma et du psoriasis, au cuir chevelu.

Fillette ayant, à la tête et au cou, un eczéma type, suintant, à début auriculaire. Le début derrière les oreilles est un caractère classique de l'eczéma de cette région. Cet eczéma offre aussi un autre signe intéressant à noter : il ne se limite pas au cuir chevelu, il dépasse la bordure des cheveux et gagne le front. Ainsi : le psoriasis reste habituellement limité au cuir chevelu ; l'eczéma, au contraire, s'étend au front et a des localisations spéciales, en arrière des pavillons auriculaires.

L'eczéma à respecter.

Malade, âgée de 83 ans, qui a exercé jusqu'à ces temps derniers la profession de blanchisseuse. Elle a de l'eczéma depuis 33 ans : ce serait le cas de dire: « l'eczéma conserve » ! Quoi qu'il en soit, la lésion a commencé, comme toujours chez les blanchisseuses, aux poignets et aux avant-bras. Il y a deux ans, cette femme a séjourné dans le service avec un eczéma tellement généralisé et intense, que nous avons craint une transformation de la dermatose en un état plus grave. Il n'en a rien été et elle a guéri à la suite d'enveloppements humides et d'applications de pommade cadique. Elle est revenue aujourd'hui avec un eczéma généralisé ou plutôt presque généralisé — car l'eczéma, même étendu, laisse toujours des petits intervalles de peau saine. Cette malade présente une particularité d'un autre ordre : elle arrache, chaque fois, ses pansements, dès qu'ils sont appliqués, et je me demande... si elle n'a pas raison ! Il serait ou pourrait être périlleux, effectivement, chez une femme de 83 ans, atteinte d'eczéma étendu et invétéré, dont le début remonte à 33 ans, de vouloir faire disparaître totalement la dermatose. Celle-ci joue, peut-être, selon l'ancienne doctrine, le rôle d'émonctoire. Cependant, il serait bon de chercher à atténuer la maladie, du moins dans ses parties visibles, la face et les mains, au moyen d'applications et de pulvérisations humides.

Causes occasionnelles et causes efficientes de l'eczéma.

Autre cas d'eczéma chez une femme dont la peau est sèche, icthyosique. La malade est blanchisseuse et, pour ce motif, la lésion a naturellement débuté aux avant-bras.

Chez cette malade, nous trouvons deux causes occasionnelles de l'eczéma, l'état icthyosique et la profession. Mais ces causes extérieures ne sont pas suffisantes pour créer la dermatose ; elles ne la donnent qu'à ceux qui y sont prédisposés. N'a pas de l'eczéma qui veut : toutes les blanchisseuses, tous les manouvriers n'en ont pas ; il faut pour cela que le fond s'y prête ; ce dernier est la véritable cause efficiente.

Eczéma variqueux.

Si les blanchisseuses ont de l'eczéma aux avant-bras, les cuisinières ont, elles, de l'eczéma des jambes, parce qu'elles restent debout, ce qui leur donne des varices. Cet eczéma variqueux prend assez volontiers — pour la même raison, la gêne de la circulation aux membres inférieurs — une teinte violacée, un aspect purpurique.

L'eczéma, en général, a donc des causes provocatrices multiples. Celles-ci ont seules été envisagées par les auteurs qui ont fait de l'eczéma une affection d'origine externe. Eh bien, ces causes externes sont uniquement occasionnelles, elles servent à créer la localisation de la dermatose. La cause déterminante vraie réside dans la constitution du malade.

Eczéma psoriasiforme.

Je vous rappelais, tout à l'heure, qu'un des caractères de l'eczéma est d'avoir ses bords vagues, un peu diffus. Voici une jeune fille atteinte à la figure et à la partie supérieure du tronc d'un eczéma, dont les bords sont absolument réguliers et qui ressemble, en cela, à du psoriasis. La lésion est, en outre, suintante par places. Ce n'est pas du psoriasis, mais un état de transition, un eczéma psoriasiforme.

Rhumatisme blennorrhagique déformant.

Malade atteinte depuis plusieurs années de blennorrhagie vaginale : les sécrétions génitales renferment aujourd'hui encore des gonocoques. Je vous la présente pour son rhumatisme blen-

norrhagique. Celui-ci a débuté il y a un an par les petites jointures des doigts, puis a gagné les poignets, les pieds, les articulations sterno-claviculaires. Les doigts sont déformés, en navet, le poignet saillant, la partie dorsale de la main creusée par l'atrophie musculaire : ce sont les déformations du rhumatisme chronique ordinaire. Les pieds sont également gonflés et il y a arthralgie sterno-claviculaire.

En présence d'un rhumatisme blennorrhagique aussi étendu, je me suis demandé si le sang n'était pas envahi par le gonocoque. Des recherches faites à ce sujet, avec des méthodes nouvelles d'investigation, n'ont pas donné de résultat : on n'a rien trouvé. Quoi qu'il en soit, que le gonocoque soit ou non à incriminer en lui-même, il apparaît comme l'origine possible de formes multiples de rhumatisme. Il est, non seulement capable de créer un rhumatisme articulaire aigu, analogue au rhumatisme aigu ordinaire, mais aussi de donner naissance à des lésions semblables à celles du rhumatisme déformant.

Ulcère gommeux sur une jambe variqueuse.

Malade atteinte d'ulcère de jambe et de varices : n'en concluez pas qu'il s'agit d'ulcère variqueux. La perte de substance a les caractères de l'ulcère gommeux et la patiente accuse, dans ses antécédents, un chancre syphilitique en 1902.

L'association des deux conditions étiologiques (syphilis et varices) n'est pas rare. Les varices constituent une cause d'appel, de localisation des syphilides à la jambe. Les malades ont, en ce cas, des gommes aux jambes, parce qu'ils sont variqueux, de même que les sujets eczémateux font de l'eczéma aux jambes lorsqu'ils ont des varices.

Crise épileptiforme syphilitique.

Malade entrée à l'hôpital en janvier 1906, avec des syphilides généralisées secondaires — généralisées parce que secondaires, ainsi que je le répète souvent. — Elle a été soignée à ce moment et elle s'est soignée régulièrement depuis sa sortie. Au bout de cinq mois, en plein traitement et malgré ce traitement, elle a été prise d'une crise épileptiforme avec perte de connaissance, morsure de la langue, etc., crise en tout analogue au mal comitial. Nous ne sommes pas en présence d'épilepsie essentielle, celle-ci ne débutant pas à l'âge (38 ans) de la malade. Il faut incriminer la syphilis. L'attaque a laissé à sa suite de l'hémiparésie gauche surtout accusée au membre supérieur. Il y a eu là une manifestation méningée avec exsudat comprimant encore les centres moteurs. Le traitement doit être mixte, mercuriel et ioduré.

Un cas remarquable d'éruption médicamenteuse.

Voici un homme de 40 ans, dont l'histoire est fort intéressante. Il y a 14 ans, étant atteint de bronchite, il consulte un médecin, qui lui prescrit de l'eau de laurier-cerise, à prendre 3 gouttes par 3 gouttes. Une heure après la première prise (ayant donc ingéré en tout 3 gouttes de médicament), il voit se développer sur son corps une éruption qui envahit le thorax et l'abdomen, et disparaît au bout de quelques jours.

Il avait perdu le souvenir de cet accident lorsque, le 7 février, souffrant encore de bronchite, il appelle un médecin. Notre confrère formule une potion composée de narcéine, extrait thébaïque, eau de laurier-cerise et sirop de belladone. Le malade en prend une cuillerée, représentant environ cinq gouttes d'eau de laurier-cerise. Dans la nuit, la peau s'œdématie, devient violacée, prurigineuse et, le lendemain, elle desquame. Bientôt l'éruption s'atténue. Fait remarquable : pendant tout le temps qu'a duré l'éruption, la toux a cessé ; elle reprit aussitôt l'exanthème disparu.

Le patient retourne voir son médecin qui, éclairé par les antécédents, incrimine l'eau de laurier-cerise et prescrit une autre potion de chloral et de sirop de belladone. Dans la nuit suivante, la peau redevient violacée, prurigineuse et la toux se calme.

Cette nouvelle poussée étant guérie, la toux recommence. Troisième potion contenant seulement du sirop de belladone : deux heures après l'ingestion de la première dose, une éruption généralisée, squameuse, se montre encore. C'est pour elle que le malade est entré à l'hôpital.

Cette observation comporte plusieurs enseignements :

Certains médicaments, innocents habituellement, peuvent déterminer, chez des malades prédisposés, des éruptions. Le patient actuel est susceptible à deux agents pharmaceutiques : l'eau de laurier-cerise et la belladone ; peut-être l'est-il à d'autres. Pour provoquer ces éruptions, il suffit de doses infinitésimales, ce qui pourrait donner raison à l'homéopathie qui admet l'action médicamenteuse à doses infimes. On explique ces accidents en disant qu'il y a idiosyncrasie : ce mot cache simplement notre ignorance.

Deuxième point intéressant. Ce malade tousse. Il prend des médicaments calmants qui n'atténuent pas sa toux, jusqu'au moment où l'un d'eux provoque une éruption ; avec l'éruption, la toux cesse. C'est là une métastase, qui ne s'explique pas plus que l'idiosyncrasie. Elle n'en existe pas moins. Les faits sont les faits : ils nous montrent la réalité des métastases, longtemps niées et que l'on recommence à admettre.

Traitement du chancre simple.

Ce qui réussit le mieux dans le traitement du chancre simple, c'est l'antique cautérisation au nitrate d'argent. Je n'aime pas le crayon de nitrate, parce qu'il sert à plusieurs malades. Je m'adresse à la solution à 1/15, puis à 1/20, avec, dans l'intervalle, des pansements humides et un peu de poudre d'aristol, préférable à l'iodoforme. En somme, la simple cautérisation au nitrate d'argent est le plus commode des traitements du chancre simple : il réussit bien et est mieux que d'autres à la portée du médecin praticien.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

CHIRURGIE JOURNALIÈRE

La dissection « à la compresse » au cours de l'extirpation du sein avec évidement de l'aisselle.

par le Dr Paul PETIT.

La compresse est un merveilleux agent de dissection toutes les fois qu'il s'agit de débarrasser un interstice cellulaire de son remplissage cellulo-

graisseux et des ganglions lymphatiques qui s'y cachent. Pour qui sait s'en servir et connaît bien les plans de clivage de la région, le plus ou moins de résistance, suivant les points, des trames celluleuses, la compresse procède sans violence et nettoie avec beaucoup plus de netteté, de rapidité et de sécurité, que ne le peuvent faire bistouri, ciseaux, sonde cannelée, spatule ou doigts. Il est déjà facile de s'en rendre compte sur le cadavre, mais sur le vivant, où la graisse est semi-fluide, c'est l'évidence même. Je ne saurais choisir de meilleur exemple pour le démontrer avec profit que l'extirpation du sein avec évidement de l'aisselle.

L'idéal, dont il faut chercher à se rapprocher dans cette opération, comme dans toute intervention pour cancer, c'est non seulement de passer suffisamment au large du noyau cancéreux, mais d'enlever d'un seul bloc et rapidement l'organe et tout le tissu cellulo-ganglionnaire de son département, en pratiquant sur les vaisseaux à sang rouge l'hémostase préventive et en n'ouvrant les vaisseaux lymphatiques que le moins possible. au-delà de la zone contaminée et en évitant son contact, de façon à prévenir l'inoculation.

Pour ce qui est de passer au large du noyau cancéreux, ce qui importe le plus pour le sein, c'est de faire un très grand sacrifice de peau. Bien entendu, si ce noyau adhère au muscle, ou si même il s'en approche, il faut enlever, avec le sein tout ou partie des faisceaux sternaux du grand pectoral ; mais, dans les conditions inverses, on n'aura pas à regretter d'avoir évité cette complication opératoire, si minime soit-elle : la récidive, si elle doit se faire, aura lieu en effet dans la peau, les ganglions sus-claviculaires, la colonne vertébrale, les viscères voisins...bien rarement, d'emblée, dans la musculature sous-jacente à la cicatrice.

Pour ce qui est de l'extirpation en bloc (et dans les conditions précitées) de l'organe malade et de son territoire lymphatique, on l'a vainement tentée, en ces derniers temps, pour l'utérus, étant données les difficultés de dissection de sa périphérie (et encore est-il certain que le *fascia propria*, qui ne fait qu'un de l'ombilic aux reins, en passant par le bassin, s'enlève bien plus facilement à la compresse qu'avec tout autre instrument). Mais, pour le sein, on peut affirmer que ce desideratum doit être réalisé et nous allons montrer avec quelle aisance on y arrive en sachant user de la compresse. Je le dis bien haut une fois pour toutes, la compresse bien et largement maniée n'arrache rien, ne fait point de déchiquetage ; elle récline comme par enchantement les feuillets qui se superposent et les divise à leurs limites aussi nettement que l'instrument tranchant. Entre temps, elle offre à la vue, sans violence et aussi nettement qu'il est désirable, les vaisseaux ou nerfs qu'il faut sectionner pour poursuivre l'évidement avec méthode et jusqu'à ses limites, les vaisseaux ou nerfs qu'on peut et qu'on doit ménager....

Mais j'ai hâte d'en venir aux détails.

Le bras correspondant étant maintenu en abduction, le sein est circonscrit par une incision en raquette, dont le manche traverse le creux de l'aisselle pour gagner le coraco-brachial, ou bien suit le bord du grand pectoral. Dans le premier cas, on aura un peu plus de facilité pour l'évidement ; dans le second, la cicatrice sera ordinairement moins gênante. L'incision a intéressé du même coup la peau et le pannicule graisseux sous-cutané. Outre les pinces hémostatiques qu'elle nécessite, quelques pinces de Kocher sont amarrées solidement de distance en distance, sur la lèvre supérieure de l'hémicirconférence supérieure de l'incision, non sur la peau qu'elles contusionneraient, dont elles pourraient même préparer le sphacèle, mais bien sur le pannicule sous-jacent. Un aide attirant ces pinces vers la clavicule, l'opérateur détache, de la lèvre cutanée en question, la périphérie correspondante du sein et aborde, à ses limites, le grand pectoral dont il met quelques fibres à nu sur toute leur longueur et jusque vers le tendon.

Cela fait, rien de plus facile, de plus expéditif et de plus régulier, au lieu de continuer la dissection au bistouri, que de détacher le sein du muscle avec la main introduite à plat entre lui et son aponévrose, de haut en bas, vers l'hémicirconférence inférieure de l'incision. A ce niveau les pulpes digitales de cette main spatule, ainsi placée, perçoivent très nettement la limite de la périphérie correspondante du sein et guident le tranchant pour achever sa séparation d'avec le tissu cellulaire, suivant l'incision tracée.

A ce moment, le sein pend, complètement décollé et attirant les tissus de l'aisselle qu'il s'agit maintenant de détacher dans leur continuité et d'un seul bloc.

On se reporte vers le bord supérieur de l'aisselle, c'est-à-dire vers le bord inférieur du grand pectoral que l'on dégage, puis que soulève, à l'aide d'un écarteur, un aide placé face à l'opérateur. Ainsi se trouve découverte la lame supérieure de l'aponévrose clavi-pectorale ou ligament suspenseur de l'aisselle, qui descend de la clavicule et de l'apophyse coracoïde vers la peau de l'aisselle qu'elle fixe, en enveloppant, au passage, dans son dédoublement, le muscle petit pectoral. Il faut savoir que les deux feuillets de ce dédoublement sont assez minces, sauf au voisinage de l'apophyse coracoïde. Rien de plus facile que de balayer d'un coup de compresse, de haut en bas, le feuillet supérieur, mettant ainsi à nu la face supérieure et le bord inférieur du petit pectoral que l'on fait relever à son tour par l'écarteur.

A cette période de l'intervention, il est de règle de se porter à la reconnaissance de la veine axillaire à travers le feuillet postérieur de l'aponévrose clavi-pectorale, soit avec une sonde cannelée, soit avec le bistouri procédant à petits coups, par éraillures successives et en dédolant. Mais, il est beaucoup plus simple d'introduire la main coiffée de la compresse à quelques centimètres derrière la face postérieure du petit pectoral, sur la gaine vasculo-nerveuse, et, procédant par pression légère, de détacher de haut en bas et presque d'une pièce le feuillet en question, mettant ainsi à nu et bien en évidence, non seulement la veine axillaire, mais les artères, les veines et les nerfs qui, du bord inférieur de cette veine, descendent dans le tissu cellulaire profond de l'aisselle, où la compresse, agissant toujours de haut en bas, les poursuit et les sculpte : artère et veine *thoraciques longues* ou *mammaires externes*, artère et veine *sous-scapulaires*, nerf du

grand dorsal, nerf du grand dentelé, rameaux perforants des 2e et 3e nerfs intercostaux.

Cependant, pour dégager complètement la veine axillaire, il est indispensable de passer le doigt ou la sonde cannelée sous le repli falciforme et puissant que forme l'aponévrose clavi-pectorale au voisinage immédiat de la coracoïde et de le diviser au bistouri.

L'on peut et l'on doit garder le nerf du grand dentelé (qui descend, appliqué sur ce muscle), les vaisseaux sous-scapulaires et le nerf du grand dorsal qui suivent le bord antérieur du sous-scapulaire. Mais, pour pouvoir atteindre et enlever complètement le tissu cellulaire profond de l'aisselle, il est indispensable de sectionner les vaisseaux mammaires externes et les rameaux perforants des 2e et 3e nerfs intercostaux qui ne se distribuent qu'à la peau.

Ces sacrifices étant faits, la compresse agissant avec ménagement au voisinage immédiat de la veine axillaire, mais avec vigueur à la surface du grand dentelé, balaye du haut en bas, en mettant ce muscle à nu, tout le tissu cellulaire de l'aisselle et les ganglions qui y sont contenus, particulièrement les ganglions de la chaine axillaire interne, les plus nombreux, les plus volumineux et qui sont en relation la plus directe avec le sein. Bien entendu, s'il est des ganglions étroitement adhérents à la veine axillaire, force sera, pour les détacher, de revenir momentanément à la dissection au bistouri ou aux ciseaux ; au besoin même on réséquera la veine.

Puis l'on détachera avec soin, à la compresse, l'aponévrose du sous-scapulaire et le tissu cellulo-ganglionnaire qui le recouvre. Le creux de l'aisselle étant ainsi complètement libéré, il ne faut jamais manquer de passer le doigt en avant et en arrière de la gaine des vaisseaux, vers la clavicule, pour détacher avec prudence et patience les ganglions malades qu'il est très fréquent d'y rencontrer.

Il ne reste plus, avant de faire choir la pièce dans la cuvette, qu'à sectionner, à la partie basse de l'aisselle et suivant le tracé de l'incision cutanée, l'aponévrose axillaire et la graisse sous-jacente jusqu'au grand dentelé.

Pour recouvrir la surface cruentée, si le simple décollement des lèvres cutanées de la plaie ne suffit pas, on transforme ordinairement la lèvre inférieure en un lambeau valvaire, à l'aide d'une incision oblique qui, du voisinage de l'angle interne de la plaie, gagne la paroi latérale du thorax. J'ai eu recours une fois, pour garnir une énorme surface dénudée, à l'artifice conseillé par Legueu : la mobilisation et la transplantation du sein du côté opposé que l'on détache complètement sauf au niveau d'un pédicule nourricier qui le retient à l'aisselle correspondante. La cicatrisation *per primam* de cet énorme lambeau s'opère bien, sauf au niveau de l'angle correspondant à l'aisselle évidée: il se fait ordinairement en ce point un petit îlot de sphacèle, inconvénient négligeable, si l'on réfléchit que le procédé ne s'applique que dans des cas exceptionnels, voués sans lui à l'inopérabilité ou aux misères d'une cicatrisation secondaire et des plus lentes.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Une sonde intra-utérine.

Rien de plus fréquent et de plus utile en gynécologie et en obstétrique que l'injection intra-utérine. Mais pour bien la faire, il faut une bonne sonde intra-utérine, facile à nettoyer, facile à introduire, facile à déboucher. J'ai inventé et j'emploie avec plein succès dans mon service, à l'hôpital, un instrument de mon invention et plusieurs de mes confrères l'ont également adopté et le trouvent bien supérieur aux autres modèles.

Cet instrument permet *sans le déplacer*, de faire : 1° la dilatation, 2° le lavage, 3° le drainage de l'utérus ; il suffit en effet de retirer le tube laveur pour introduire entre les branches du dilatateur soit un drain, soit une mèche de gaze.

La dilatation est obtenue, soit par la pression et les crans, soit, dans un autre modèle, par une vis comme dans le basiotribe Tarnier, ce qui permet une dilatation sans secousse. C'est, en somme, un dilatateur de Doléris, dont les branches sont plus creuses pour y loger le tube laveur et dont les courbures ont été modifiées.

Le lavage utérin est très complet, car le tube est muni de deux yeux : un supérieur, un inférieur, enfin il est complètement ouvert à l'extrémité ; il ne peut donc se boucher.

Il est très facile à nettoyer puisqu'il est presque droit et percé à ses deux extrémités. Ce tube est mobile, il s'ôte et se remet très facilement en place. Il ne peut jamais frapper le fond de l'utérus puisqu'il est plus court que les branches, donc aucune crainte de perforation ; il ne peut dévier, puisqu'il a une arête. Enfin on peut varier la direction du jet, car le collier qui entoure le tube est muni d'un double mouvement de haut en bas et de droite à gauche.

Le retour du liquide est parfaitement assuré par l'écartement des branches. Donc, pas de rétention — chose importante — quand on se sert de sublimé par exemple.

Le lavage terminé, on peut (l'instrument étant laissé en place) retirer le tube laveur et introduire entre les branches soit un drain, soit une mèche de gaze.

J'estime que cet instrument est appelé à rendre de grands services en accouchement et en gynécologie, toutes les fois qu'une injection intra-utérine est nécessaire.

Dr A. Le Ray.

HYGIÈNE SCOLAIRE

Le livret scolaire.

Nous avons parlé dernièrement des différents livrets ou carnets de famille parus depuis quelque temps, et nous avons conclu à leur utilité en ce qui regarde la santé des enfants, des adultes et des familles dans le présent et dans l'avenir.

Aujourd'hui, nous dirons un mot du *Livret scolaire*. Ce livret est de date récente, bien postérieure à l'organisation de l'inspection médicale des écoles. Nous pensons même qu'il ne remonte qu'à la création de la *Ligue des medecins et des familles*. Il en a surtout été question au premier

congrès international d'hygiène scolaire organisé par cette Ligue en 1903. Les rapports de MM. Le Gendre, Méry et Letulle à ce Congrès ont démontré la nécessité d'un service médical régulier dans tout établissement scolaire primaire, secondaire ou supérieur ; ils ont dit ce que devait être l'inspection médicale des écoles, ce qu'on devait en attendre ; ils ont tracé d'une façon parfaite le rôle du médecin scolaire qui, d'après eux, doit remplir toutes les attributions d'un médecin de famille, dans la plus large acception du mot.

Afin d'atteindre ce but, il a été question d'établir à chaque enfant une fiche médicale individuelle, relatant non seulement ce qui se rapporte à la tuberculose selon les instructions ministérielles données, mais encore à toutes les maladies survenant pendant le séjour à l'école et à consigner tout ce qui est relatif au poids, à la taille, à la mensuration de la poitrine, etc. Cette fiche serait conservée à l'école dans une armoire dont seul le médecin aurait la clef.

Le Dr Letulle a demandé davantage. Il a demandé un *carnet de santé individuel* ou Livret scolaire, où seraient relatés les renseignements sur les antécédents, le poids, la taille, la mensuration thoracique, sur les yeux, les oreilles, le nez et la gorge, les dents, la colonne vertébrale, les glandes, les résultats de l'auscultation, etc. Ce livret serait tenu à jour par le médecin, serait communiqué aux parents sur leur demande et leur serait remis à la fin de la scolarité. Il suivrait l'enfant d'école en école et finalement resterait la propriété de l'intéressé. Dans le Livret seraient inscrits les principes élémentaires d'hygiène privée et d'hygiène sociale.

Nous n'examinerons pas les objections que l'on peut faire à ce système, objections qui peuvent être résolues d'ailleurs, venant soit des parents, soit du budget.

Mais sous prétexte que le médecin scolaire aura des attributions nouvelles très étendues, comme la direction des exercices physiques, de la gymnastique, la surveillance des aptitudes physiques et intellectuelles, surveillance qui influera sur les travaux, la répartition des heures de travail, le choix d'une méthode pédagogique et même d'une carrière,— comme encore la rédaction des programmes, la participation dans les commissions de construction, l'organisation de l'infirmerie et d'un enseignement d'hygiène, le Congrès a été trop loin en émettant le vœu *qu'il y aurait peut-être avantage à créer dans l'avenir un diplôme spécial de médecin scolaire.*

Ce vœu a été critiqué et même blâmé — avec raison — en temps et lieu par le *Concours médical* et nous ne reviendrons point là dessus, pensant que notre diplôme suffit.

L'année dernière, au Congrès de la tuberculose et ailleurs, il a été également question du *Livret sanitaire de santé*, dont le Dr César Roux fait actuellement l'essai dans les écoles primaires de Nice (depuis le 1er octobre 1905, si nous ne nous trompons).

Pour respecter le secret médical, le Dr César Roux constitue un livret sanitaire proprement dit qui demeurera la propriété de l'élève et qui contiendra des indications générales sur les conditions d'admission des élèves nouveaux, les conditions de renvoi, de réadmission, des renseignements d'identité, de vaccination, poids, taille, périmètre thoracique, sports, etc., qui ne peuvent en rien éveiller la susceptibilité des parents, des cases à remplir pour signaler l'éloignement ou l'absence en cas de maladie, des notions d'hygiène scolaire succinctement résumées s'adressant à l'instituteur comme à l'élève.

Puis il complète le dossier par l'établissement d'une fiche sanitaire, formant un registre spécial qui se trouvera entre les seules mains du médecin inspecteur, relatant les observations qui concernent les commémoratifs, antécédents héréditaires, infirmités physiques et morales, etc. ; toutes celles en un mot qui seraient de nature à froisser la susceptibilité des parents.

L'essai fait à Nice ne correspond point, comme on le voit, à la conception du Dr Letulle.

S'il nous est permis de prendre voix au chapitre, nous dirons notre sentiment sur le *Livret scolaire.*

Tout d'abord, nous répéterons, avec tous les médecins, que l'inspection médicale des établissements scolaires, primaires, secondaires et supérieurs doit se faire complètement, plus complètement qu'elle ne se fait actuellement.

Est-il possible de demander à un seul médecin, auquel on alloue des honoraires dérisoires, la surveillance médicale réelle et effective de quatre mille enfants, comme cela se voit en maints endroits ? L'augmentation du personnel des médecins inspecteurs et l'augmentation de leur traitement, comme le demande le Dr Méry, serait donc une première réforme à obtenir.

Surveillance particulière et spéciale des Ecoles maternelles qui en ont plus besoin que les autres classes et pour cette raison sont peut-être plus négligées. Madame Kergomart a depuis longtemps jeté le cri d'alarme qui n'a pas encore été entendu. C'est pourtant à l'école maternelle que doivent commencer les observations ; c'est là où l'on jugera ce que l'enfant pourra donner d'efforts dans la suite, où l'on cotera ses aptitudes physiques et intellectuelles, où l'on pourra faire la sélection et agir en connaissance de cause. Ce serait encore une autre réforme mais combien d'autres à signaler qui nous entraîneraient trop loin et hors de notre sujet ! — Revenons à la question du Livret scolaire.

Pour nous, le *Livret scolaire* doit être la prolongation ou continuation du *Livret de famille.* A défaut de celui-ci, il le remplace. Il doit tendre à créer, propager et généraliser le Livret de famille. Par conséquent, il doit garder la forme, la teneur et les caractères de ce Livret.

Nous approuvons pleinement le Dr Letulle lorsqu'il veut ce Livret complet et sous clef, mais restant la propriété de la famille.

Il serait à désirer que le *Livret de famille* passât à l'Ecole où il serait tenu par le médecin de famille et par le médecin inspecteur. Dans aucun cas ce livret ne resterait à la discrétion de l'instituteur ni de qui que ce soit.

L'essai — en deux parties — fait à Nice, quoique très louable, nous paraît complètement inutile ; nous n'y voyons aucun avantage. L'instituteur, en tenant la première partie du carnet, prendrait, comme l'élève, connaissance des préceptes hygiéniques qu'il renferme ? Mais l'élève et le maître ne liront ni plus ni moins ces préceptes que s'ils étaient affichés dans l'école, imprimés sur une couverture de cahier, dans un livre quelconque, ou sur une feuille spéciale. La bonne volonté de l'instituteur et le souci qu'il a

de l'hygiène, lui feront prendre connaissance de ces préceptes, qu'il enseignera ensuite d'une autre façon, voilà tout.

L'unification du *Livret sanitaire*, propriété de la famille, entre les mains des médecins de la famille et de l'école, du père ou de l'intéressé seulement, restant *Livret de famille* est, croyons-nous, le but à atteindre dans l'établissement des Livrets d'hygiène scolaire.

De cette façon, le secret professionnel est sauvegardé, les susceptibilités ménagées, le Livret est complet, il n'y a aucune interruption dans les observations, et les avantages réels que l'on est en droit d'attendre de cette organisation sont portés, au maximum.

Ivry, 30 mai 1906.

Dr Courgey.

ÉTUDES ET PROJETS

Rédaction des ordonnances sur papier timbré.

Dr Dally (de Paris).

La première idée de soumettre les ordonnances obligatoirement au timbre revient au Dr de Saravel, à ma connaissance du moins, et remonte à cinq ou six ans. Notre confrère y voyait des avantages multiples, parmi lesquels celui d'enrayer le développement de la morphinomanie : mais le but principal qu'il poursuivait en proposant cette réforme était de remplacer par cet impôt du timbre, qu'il estimait plus équitable, la patente médicale.

Il est certain que le loyer, qui est actuellement le signe fiscal du revenu du praticien, représente mal l'importance de ce revenu. Mais on peut en dire autant de l'ordonnance, car il est tel spécialiste ou chirurgien à gros revenu qui ne signe pas trois ordonnances par jour, et tel médecin de quartier, de situation très modeste, qui en signe vingt ou trente dans le même temps.

Il ne faut donc pas chercher dans le projet que nous soumettons à votre approbation une amélioration au système d'impôt qui pèse sur le corps médical, et que ce n'est pas le lieu de discuter ici : nous proposons le timbre des ordonnances non point comme une ressource nouvelle pour le budget, mais comme un moyen de protection de la santé publique, de nos intérêts professionnels, qui ici, comme dans bien d'autres questions soulevées par le Congrès, sont en corrélation très étroite ;

Voici ce que nous proposons :

Toute ordonnance médicale, *sauf les cas d'urgence, c'est-à-dire ceux où cette obligation serait impossible à remplir sans inconvénient pour le malade*, devra être rédigée sur papier timbré.

Le timbre sera d'une valeur infime ; mettons un centime ; il sera apposé par les soins de la direction du timbre, sur les feuilles d'ordonnance, de format libre, qui lui seront apportées par les médecins payant patente ; les feuilles ainsi timbrées seront revêtues d'un numéro de série qui permettra de savoir à quel médecin elles ont été délivrées.

L'ordonnance timbrée ne pourra être exécutée qu'une fois : le pharmacien, en y mettant son cachet, l'annulera pour ainsi dire ; à moins — mais cette réserve est à discuter — que le médecin n'ait ajouté à l'une ou à plusieurs de ses formules la mention « à renouveler. »

De cette réforme, examinons maintenant les avantages, soit pour le malade, soit pour le médecin, et les inconvénients. Commençons par les inconvénients.

Ce sont ceux de toute innovation : changer ses habitudes est pour le médecin pire que la mort. L'obligation de faire timbrer des formules, de les porter sur soi, d'y écrire exclusivement ses prescriptions, tout cela est terrible pour le médecin, animal délicat qu'il ne faut gêner par aucune contrainte, fût-elle à son profit.

La belle affaire ! il y a cependant quantité de praticiens qui ont des ordonnances à en-tête, et qui les transportent chez les clients. Cela est obligatoire pour les services médicaux collectifs, les mutualités, les assurances.

Le public s'habituerait aussi bien à cette obligation qu'au timbre des quittances ; et pour les médecins, je suis persuadé que le glycérophosphate X... ou la poudre de viande Y.... (mais pas de réclame gratuite) se feraient un plaisir de faire timbrer pour les paresseux leurs feuilles d'ordonnance.

Passons donc sur cet obstacle — de poche.

Les frais ? il est entendu qu'ils doivent être insignifiants. On peut admettre que le timbre ne coûterait que le frais du timbrage, même si l'on veut qu'il serait un visa gratuit. Encore une fois, il ne s'agit pas ici d'une mesure fiscale, mais d'une garantie professionnelle.

Les abus ? ils sont toujours possibles sous tous les régimes ; il est difficile d'admettre qu'ils seront plus nombreux qu'à l'heure actuelle. Il est certain que des pénalités seront infligées aux médecins ou aux pharmaciens qui auront méconnu les dispositions de la loi ou abusé de son fonctionnement. Il est impossible de supprimer les abus ; il suffit qu'ils soient faciles à atteindre et à réprimer pour qu'ils ne doivent pas être pris en considération.

Passons maintenant aux avantages.

Ils se résument tous dans cette phrase : Les médicaments ne seraient délivrés que par les soins, sous le contrôle et moyennant la signature d'un médecin.

Ainsi la santé publique serait efficacement protégée contre les charlatans. Les pharmaciens seraient radicalement empêchés de se livrer au détriment de nos clients à cet exercice effréné de la médecine, que les lois, surtout quand on ne les applique pas, sont impuissantes à réprimer. Ils seraient obligés de ne délivrer de médicaments que sur ordonnance de médecin ; mais au lieu que cette ordonnance soit un chiffon de papier signé illisiblement, elle deviendrait un écrit authentique d'origine et semi-officiel de caractère, que l'on ne pourrait ni dénier, ni falsifier, ni substituer.

L'ordonnance ne serait pas renouvelable à loisir, ce qui empêcherait les malades qui se croient plus malins que leur curé de se soigner éternellement avec la même potion : de là découle le bénéfice subsidiaire de mettre un terme au développement de la morphinomanie, qui ne vit que de la complaisance de pharmaciens sans scrupules.

Le pharmacien saura toujours de qui vient l'ordonnance ; s'il y a difficulté sur une date ou sur un nom, il saura à qui demander des expli-

cations. Plus des 3/4 des noms des médecins sont illisibles : imprimés au haut du papier, ils le seront moins.

Les masseurs, rhabilleurs, somnambules et autres pirates ne pourront plus fabriquer et signer des ordonnances aussi fructueuses qu'illicites ; et cette usurpation du titre de médecin, qui n'est pas réprimée par des lois mal faites, ne serait plus possible, au moins pour signer des ordonnances.

Le Dr Levassort, à qui je soumettais récemment les considérations ci-dessus, tout en admettant le principe, en concevait l'organisation de façon un peu différente. Il voudrait que le papier timbré fût remplacé par un timbre mobile, analogue au timbre quittance, et vendu au profit d'une Caisse de retraites ou d'assistance professionnelle. Ainsi, un léger impôt sur notre travail servirait à assurer aux infortunes de notre profession un appui efficace.

Ce système, excellent en lui-même, nous paraît en contradiction avec tous les principes légaux ou fiscaux. Il semble difficile, en effet, que le Parlement autorise une Caisse privée d'assistance à prélever sur des citoyens un véritable impôt.

Si le Congrès accepte le principe que nous venons de lui soumettre, son avis pourrait être formulé sous forme d'un vœu dont voici le texte :

Le Congrès,

Considérant qu'une des manières les plus efficaces de protéger la santé publique contre l'exercice illégal de la Médecine est de prohiber la délivrance d'ordonnances médicales par d'autres que par des médecins ;

Émet le vœu que les ordonnances médicales soient rédigées obligatoirement sur papier timbré, et portant le nom du médecin ;

En outre, que ces ordonnances ne soient renouvelables que si le médecin le spécifie sur l'ordonnance.

LA LÉGISLATION DES ENFANTS ASSISTÉS

I

SOUS L'ANCIEN RÉGIME ET LA RÉVOLUTION.

Jusqu'à l'aube du XIXe siècle, les pouvoirs publics ne s'étaient jamais préoccupés de ce que pouvaient devenir les enfants trouvés, orphelins et abandonnés. Ils en laissaient le soin exclusif au clergé.

Dans ses Mémoires, Vincent de Paul nous donne une idée très affaiblie de la triste situation de ces pauvres enfants. Le bon aumônier de l'hôpital Notre-Dame, qui créa le premier orphelinat de Paris, sut intéresser à son œuvre les dames de la cour de la Régente ; et les peintres de l'époque nous ont laissé le souvenir des visites faites par Anne d'Autriche au protecteur de l'enfance abandonnée.

Nous devons aux Encyclopédistes et surtout à Voltaire, d'avoir appelé l'attention générale sur les petits, les faibles, les malheureux. Après avoir pris la défense des paysans de Saint-Claude, des serfs du Jura, Voltaire apprend qu'un pauvre domestique appelé Pichon meurt à Paris, laissant plusieurs enfants en bas âge, et il écrit aussitôt qu'on les lui amène à Ferney. Il fit veiller sur eux durant le trajet et, au moment où ils arrivent à Lyon, il les recommande à un riche banquier de cette ville.

Lisons également sa lettre à Damilaville : « Le même hasard qui m'amena les enfants de Calas veut encore que les Sirven s'adressent à moi. Figurez-vous, mon ami, quatre moutons que des bouchers accusent d'avoir mangé un agneau. Voilà ce que je vis : il m'est impossible de vous peindre tant d'innocence et tant de malheurs. »

Mais la voix de Voltaire n'éclata jamais avec tant de puissance que dans la lettre qu'il adressa à d'Alembert, le 28 juillet 1766 : «.....Voici le temps de rompre ses liens et de porter ailleurs l'horreur dont on est pénétré. Je n'ai pu parvenir à recevoir la consultation des avocats. Ce n'est plus le temps de plaisanter, les bons mots ne conviennent pas aux massacres. Quoi ! dans Abbeville, des Busiris en robe font périr dans les plus horribles supplices des enfants de seize ans ; et leur sentence est confirmée malgré l'avis de dix juges intègres et humains ? Et la nation le souffre ?...»

Une mention toute particulière est également due aux deux membres de l'Assemblée constituante, Barère et Larochefoucauld-Liancourt ; c'est ce dernier qui, président du Comité de mendicité, fit admettre le principe que tout citoyen a droit à l'assistance. Étant donné que la pauvreté peut être diminuée, mais non abolie, par une sage administration, Liancourt est d'avis qu'on doit secourir le pauvre honteux quand il est malheureux ; par contre qu'il est du devoir absolu de la société de réprimer le vice qui enlève la subsistance au véritable pauvre tout en grossissant la classe des vagabonds. En outre, la société doit fournir du travail au valide, assister l'enfant abandonné, l'adulte malade, le vieillard infirme et nécessiteux.

Grâce à cette campagne des philanthropes, la législation charitable visant les enfants abandonnés débute par la loi du 15 pluviôse an XIII (4 février 1805).

La tutelle des enfants admis dans les hospices, à quelque titre et sous quelque dénomination que ce soit, est dévolue aux commissions administratives de ces maisons. Si l'enfant décède avant d'avoir atteint sa majorité et qu'aucun héritier ne se présente, ses biens appartiendront en propriété à l'hospice. Les héritiers qui se présenteront pour recueillir la succession d'un enfant décédé avant sa sortie de l'hospice, son émancipation ou sa majorité, sont tenus d'indemniser l'hospice des aliments fournis et dépenses faites pour l'enfant décédé pendant le temps qu'il est resté à la charge de l'administration, sauf à faire rentrer en compensation jusqu'à due concurrence les revenus perçus par l'hospice.

On voit par cette loi que l'enfant *acquiert une tutelle* et que, d'orphelin dans l'institution de Vincent de Paul, il prendra dorénavant la qualité d' «enfant de l'hospice».

II

De 1811 à 1860.

De 1805 à 1811, si Napoléon a parcouru les phases les plus brillantes de sa vertigineuse carrière, sa fringale pour les hécatombes d'hommes est insatiable. Mais, d'autre part, comme la matière première diminue, il se décide à combler les vides par les enfants des hospices.

A cet effet, il lance le décret du 10 janvier 1811, dont voici l'article 16 : « *Les dits enfants élevés à la charge de l'Etat sont entièrement à sa disposition et quand le ministre de la Marine en dispose, la tutelle des commissions administratives cesse.* »

Ce décret, où l'on voit l'esprit de discipline de l'Empereur, range les enfants hospitalisés en trois catégories : 1° enfants trouvés ; 2° enfants abandonnés ; 3° orphelins pauvres (dénomination qui va subsister jusqu'à nos jours).

Afin d'augmenter le nombre des bénéficiaires, il y aura dans chaque arrondissement un hospice pourvu d'un tour où les enfants devront être dirigés et déposés, et ils porteront à l'avenir le nom d'enfants assistés. Leur éducation importe peu au César moderne, aussi n'est-il nullement fait mention de leur instruction scolaire, condidérée comme négligeable. Des visites néanmoins devront être faites deux

fois l'année à chaque enfant par un commissaire spécial. Quant aux dépenses, sauf une somme annuelle de quatre millions versée par l'Etat, elles incomberont aux hospices.

Les articles 17, 18 et 19 sont typiques et caractérisent bien les vues du vainqueur d'Austerlitz :
« *Art.* 17 : Les enfants ayant accompli l'âge de 12 ans, desquels l'Etat *n'aura pas autrement disposé*, seront mis en apprentissage. — *Art.* 18 : Les contrats d'apprentissage ne stipuleront aucune somme en faveur ni du maître ni de l'apprenti, jusqu'à un âge qui ne pourra excéder 25 ans. — *Art.* 19: L'appel à l'armée comme conscrit fera cesser les obligations de l'apprenti. » Les chroniques du temps nous ont fait connaître que les armées impériales de 1811 à 1814 recevaient des enfants de moins de seize ans.

Que dire de la période qui s'écoule de 1815 à 1859, sinon qu'elle peut être considérée comme le moyen-âge de l'assistance infantile. Ténèbres profondes dans lesquelles se meuvent l'ignorance, le fanatisme, la basse exploitation des enfants assistés, des jeunes hommes et jeunes filles de peine par les hospices et les couvents qui recommençaient à se former.

De ces sinistres *in pace* surgissent de temps à autre, suivant les caprices du ministre régnant, des événements que la chronique nous a révélés. Parmi ces derniers la fameuse circulaire parue en 1823, de M. de Corbière, ministre de l'Intérieur, provoquant un exode meurtrier de tous les enfants assistés placés en nourrice et dirigés sur les hospices dépositaires. « On ne voyait sur les chemins, par les plus mauvais temps, que de pauvres femmes accompagnées d'enfants et tous pleurant à chaudes larmes à la pensée d'une séparation inique.»

L'opinion publique ne tarda pas à se manifester par des plaintes nombreuses à l'adresse des autorités et, de guerre lasse, le Conseil d'Etat exigea une enquête qui eut lieu en 1860.

III

LA COMMISSION DE 1861

L'année suivante, le 10 octobre 1861, le ministre de l'Intérieur institua une commission à l'effet de dépouiller les rapports envoyés. Cette commission, présidée par le baron de Watteville, établit :

1° Que l'effectif au 31 décembre 1859 d'enfants trouvés, abandonnés, orphelins, s'élevait à 76.530 pour les enfants d'un jour à 12 ans et de 57.365 pour ceux de 12 à 21 ans, soit un chiffre global de 133.895 ;

2° Que le nombre des hospices dépositaires n'excédait pas 168 ;

3° Que le nombre des *tours* était allé sans cesse en décroissant : 235 en 1812 et 26 seulement en 1860, et cela au plus grand intérêt des enfants, parce que le tour n'était pas seulement une « boîte aux abandons», mais encore une « boîte aux infanticides» ;

4° Que l'influence des sages-femmes, leurs suggestions, leur aide intéressée, étaient la cause principale décisive de l'abandon ;

5° Que la suppression du tour, en même temps qu'elle réprimait des expositions abusives et en réduisait le nombre, avait pour effet le décharger la catégorie des enfants trouvés au profit de celle des abandonnés et par conséquent de conserver leur état civil à des enfants qui, sous la continuation du régime précédent, en eussent été privés ;

6° Que l'instruction primaire était fort négligée, par contre le séjour à l'hospice était trop prolongé, à l'égard des jeunes filles principalement ;

7° Que, sauf dans onze départements, les commissions administratives ne remplissent que d'une manière fort incomplète leurs devoirs de tutrices et que l'ajournement des décisions, les retards dans la signature des pièces, ont compromis en plus d'une occasion les intérêts des pupilles ;

8° Que l'inspection départementale organisée depuis 1852, améliorée par la circulaire du 1er avril 1861, était la *clef de voûte* de tout le service ;

9° Que la progression des secours temporaires a amené une diminution correspondante des abandons;

10° Que la mortalité des enfants comparée du premier âge était:
— pour les élèves des hospices : 56,99 % ;
— pour les enfants secourus temporairement : 29,56 %,
de manière que, sur 100 enfants abandonnés aux soins des hospices, 57 décèdent dans leur première année, tandis que, sur un égal nombre de nouveau-nés conservés par leur mère, il n'en meurt que 29.

A la suite de cette enquête, de nouvelles instructions furent envoyées pour effacer les anciens errements. Les établissements dépositaires reçurent l'ordre de placer au dehors les enfants que l'on immobilisait trop à l'intérieur de l'hospice ; des registres matricules furent institués pour permettre de se rendre compte des moindres accidents de la vie de l'enfant, de son état de santé, du degré de son instruction, de ses penchants, de ses aptitudes, de ses dépenses.

Huit ans plus tard, la loi du 5 mai 1869 vint s'ajouter à la législation charitable.

Son plus beau titre à la reconnaissance des déshérités de la famille a été de faire de l'assistance infantile un service essentiellement départemental en créant une solidarité intercommunale. Elle répartissait les charges entre le département, la commune et l'Etat et donnait par cela même une vive impulsion à l'inspecteur départemental.

IV

LA SITUATION EN 1888

La loi du 5 mai 1869 avait le tort de maintenir la tutelle aux hospices en n'abrogeant pas la loi du 15 pluviôse an XIII : et voici quelle était la situation dix-neuf ans plus tard, lorsque fut créée, en 1888, la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur (1).

Les hospices dépositaires étaient, pour la plupart, encombrés d'enfants des deux sexes, dont les quatre cinquièmes, âgés de plus de 12 ans, étaient employés à des travaux manuels. Outre l'indemnité journalière de séjour payée par le département, l'hospice encaissait le produit du travail de l'élève. Malgré les demandes, prières, récriminations de l'inspecteur départemental, l'hospice, fort de son droit de tutelle, faisait la sourde oreille et continuait d'exploiter les pupilles.

Chose étrange, inouïe, le président de la commission administrative, maire de la ville et souvent conseiller général, rapporteur du budget de l'assistance, blâmait l'inspecteur départemental de l'accroissement des dépenses de séjour hospitalier des enfants assistés, alors qu'au sein de la commission administrative, il avait préconisé les recettes provenant de la main-d'œuvre des enfants précités.

Il y avait plus. Chaque fois que les nécessités du service mettaient en relation le fonctionnaire de l'inspection avec le tuteur ; engagement volontaire, émancipation, consentement au mariage, etc., l'inspecteur se heurtait à une force d'inertie très préjudiciable aux intérêts du pupille par le retard apporté à la solution de l'affaire pendante.

Les placements à la caisse d'épargne par les receveurs des hospices donnaient également prise à de nombreuses et fréquentes réclamations par suite du mauvais vouloir de ces comptables à encaisser les deniers pupillaires pour le motif qu'ils ne recevaient aucune rétribution de leur travail.

(1) Le service de l'assistance faisait précédemment partie de « l'administration communale et départementale » au même ministère.

Pour le placement des enfants en nourrice, en condition, en apprentissage, les recommandations intéressées paralysaient les meilleures volontés des agents de l'inspection. Quant aux déplacements pour cause d'incurie, malpropreté, exploitation avérée, travaux disproportionnés aux forces des pupilles, l'inspecteur départemental était en butte à tous les tyranneaux de village.

Aussi, les congrès d'assistance qui se sont succédé depuis 1889 (Paris, Lyon, Bordeaux, Rouen), ont-ils reçu les doléances exposées par les protecteurs officiels et officieux de l'enfance abandonnée. Ces doléances, classées et commentées par un grand homme de bien, le sénateur Dr Théophile Roussel, fournirent les indications les plus patentes de la revision de la loi des enfants assistés.

Entre temps, la nouvelle direction donnait des preuves de sa vitalité. A la date du 24 juillet 1889, sur le rapport du même Théophile Roussel, la loi sur les enfants maltraités ou moralement abandonnés était promulguée.

Le titre premier, chapitre premier, instituait la déchéance de la puissance paternelle, le chapitre deuxième organisait la tutelle en cas de déchéance de la puissance paternelle qui était attribuée à l'inspecteur des enfants assistés ; le chapitre troisième s'occupait des voies et moyens de restituer la puissance paternelle.

Le titre deuxième assurait la protection des mineurs placés avec ou sans l'intervention des parents. Cette loi a comblé une des lacunes les plus regrettables tant au point de vue de l'indignité des parents qu'à celui de leur indigence absolue.

V

La loi Strauss (1904).

Le 19 avril 1898, à la suite de violences, attentats, cruautés, commis sur des enfants, faits qui eurent une grande répercussion dans la presse, le Parlement vota une loi, où, d'une part, les mesures les plus sévères étaient prises contre les parents indignes, et de l'autre contre les enfants vicieux et difficiles.

Le sénateur Théophile Roussel, qui a attaché son nom à la loi du 24 juillet 1889, dont il fut le promoteur comme il l'avait été de celle du 23 décembre 1874, sur la protection des enfants du premier âge (que j'exposerai dans un autre article), avait entrepris la revision de la législation des enfants assistés. La mort ne lui permit pas de l'achever. Cette tâche fut réalisée par son émule et collègue au sénat, M. Paul Strauss, à la date du 27 juin 1904.

La loi du 27 juin 1904, ou loi Strauss, comprend cinq titres :

Titre premier. — Sont qualifiés *enfants* pour l'exécution de la présente loi, les mineurs de l'un et de l'autre sexe placés sous la protection ou sous la tutelle de l'assistance publique.

Le service des enfants assistés comprend ;

1° Les enfants dits secourus, naturels et légitimes, que la mère ou les père et mère ou les ascendants ne peuvent nourrir et élever faute de ressources et pour lesquels est accordé le secours temporaire institué en vue de prévenir l'abandon ;

2° Les enfants en dépôt par suite de l'hospitalisation ou de la détention de ses père, mère ou ascendants sans moyens d'existence ;

3° Les enfants en garde confiés par les tribunaux à l'assistance publique en exécution des articles 4 et 5 de la loi du 19 avril 1898 ;

4° Les enfants dits pupilles de l'assistance ; enfant trouvé, abandonné, orphelin, pauvre, enfants dont les parents ont été déchus de la puissance paternelle (titre 1er de la loi du 24 juillet 1889) et l'enfant admis en vertu du titre II de la loi précitée ; indigence des parents.

Titre II. — Le titre II vise les enfants secourus à titre temporaire.

Titre III. — Le titre III concerne les pupilles de l'assistance.

La présentation a lieu dans un local ouvert le jour et la nuit et sans autre témoin que la personne préposée au service d'admission. Celle-ci peut avoir lieu sur demande écrite adressée au préfet. La personne qui est de service déclare à celle qui présente l'enfant que la mère, si elle garde l'enfant, peut recevoir le secours de premier besoin qui est alloué immédiatement. Elle signale les conséquences de l'abandon : le placement de l'enfant sera secret et il ne sera donné que des nouvelles de sa santé ou de son décès.

Si l'enfant paraît âgé de moins de sept mois et si la personne qui le présente refuse de faire connaître le nom, le lieu et la date de sa naissance, acte est pris de ce refus, et l'admission est prononcée. Dans ce cas, aucune enquête administrative n'est faite.

La tutelle est exercée par le préfet ou par son délégué, l'inspecteur départemental, et dans le département de la Seine par le directeur de l'administration générale de l'assistance publique de Paris. Le tuteur est assisté d'un conseil de famille formé par une commission de 7 membres. La manutention des deniers et la gestion des biens des pupilles sont confiées au trésorier payeur général.

Le pupille n'est maintenu dans l'établissement dépositaire que s'il est constaté que son état de santé l'exige ou sur une décision motivée de son tuteur.

Les pupilles âgés de moins de treize ans sont, sauf exception, confiés à des familles habitant la campagne. Les frères et les sœurs sont tout autant que possible placés dans la même famille ou au moins dans la même commune.

Le nourricier est tenu, à l'égard du pupille, aux obligations auxquelles sont assujettis les parents par la loi du 28 mars 1882, sur l'instruction primaire.

La pension est payée au nourricier jusqu'à ce que le pupille ait treize ans révolus, sauf les cas de prolongation prévus par le Conseil général.

Tout pupille de l'assistance, tout enfant secouru est l'objet d'une surveillance qu'exercent les inspecteurs et les sous-inspecteurs de l'assistance publique. Les visites ont lieu à domicile. Le pupille placé dans un département autre que celui auquel il appartient est surveillé par les fonctionnaires de l'inspection du département où il est placé.

Titre IV. — D'après le titre IV, le service des enfants assistés est réglé par le Conseil général ; il est administré par le préfet et sous l'autorité du préfet par l'inspecteur départemental de l'assistance publique.

Le Conseil général peut, dans le cas où il le juge utile, créer un ou plusieurs emplois de visiteuses d'enfants. L'inspecteur départemental recrute les nourrices, nourriciers et patrons ; procure la distribution des layettes et vêtures ; prépare les contrats de placement, d'apprentissage, et, d'une manière générale, propose au préfet les mesures que commandent la protection et la tutelle instituées par la présente loi. Il peut déplacer un pupille en cas d'urgence, à la charge d'en référer immédiatement au préfet.

Titre V. — Le titre V se rapporte aux dépenses.

Les dépenses du service sont payées :

Pour deux cinquièmes par le département ;

Pour deux cinquièmes par l'Etat ;

Pour un cinquième par les communes.

Les biens du pupille décédé, lorsqu'aucun héritier ne se présente, seront recueillis par le département et seront consacrés à la création de dots de mariage en faveur de pupilles ou d'anciens pupilles des deux sexes.

Les héritiers qui se présenteront pour recueillir la succession d'un pupille sont tenus d'indemniser le département de l'entretien de l'enfant.

Dans l'année qui suivra la promulgation de la présente loi, chaque préfet préparera, pour en assurer l'exécution, un règlement qui sera délibéré

par le Conseil général et transmis avec ses observations au ministre de l'Intérieur.

Sont abrogés : la loi du 15 pluviôse au XIII, le décret du 19 janvier 1811, la loi du 5 mai 1869 et généralement toutes les dispositions contraires à la présente loi.

VI

Objections

De ce rapide exposé, il appert que les obstacles principaux provenant de la dichotomie du service (tutelle aux hospices, administration par les bureaux des préfectures) sont supprimés dans *l'intérêt de l'enfant* par la concentration entre les mêmes mains : inspecteur départemental sous l'autorité du préfet. Il en résulte une unité d'action qui constitue le plus grand progrès réalisé par la loi du 27 juin 1904.

Il est cependant deux objections assez sérieuses qui se présentent à l'esprit.

La première vise le mot *urgence* mentionné à l'article 32 au sujet du déplacement opéré par l'inspecteur. Il est à craindre, en effet, que cette expression soit commentée d'une façon différente. Déjà des conflits se sont produits entre l'inspecteur et les bureaux de préfecture qui ont nié l'urgence de la mesure prise. Pour les éviter, il y aurait lieu de supprimer le mot urgence et dire smplement : « L'inspecteur peut déplacer un pupille à la charge d'en référer immédiatement au préfet. »

La seconde objection tendrait à compléter le paragraphe 2 de l'article 20 énonçant que le Conseil général peut, dans le cas où il le juge utile, créer un ou plusieurs emplois de visiteuses par les lignes suivantes : *ainsi que des commissions cantonales de surveillance.*

Dans une institution essentiellement départementale, comme celle du 27 juin 1904, il est absolument indispensable que l'élu du canton participe à cette œuvre de régénération physique, morale et intellectuelle de l'enfance abondonnée. Sa fonction l'oblige à s'instruire et à se préoccuper des besoins de ses mandants. La troisième République l'a si bien compris que, dans les lois d'hygiène, d'assistance et de prévoyance, votées par le Parlement depuis une quinzaine d'années (assistance médicale gratuite en 1893, protection de la santé publique en 1902 ; loi des vieillards infirmes et incurables en 1905), elle a constitué comme cellule du nouvel organisme la commission cantonale dont fait partie obligatoirement le conseiller général. Et c'est de toute justice.

Pour quel motif la loi du 27 juin 1904, ayant pour but de préparer pour l'agriculture et l'industrie du département, des générations saines, robustes et intelligentes, n'instituerait-elle pas un comité cantonal chargé de joindre ses efforts à ceux de l'inspecteur départemental ? L'action de ce dernier sera d'autant plus efficace que, contrôlée par le représentant du canton, celui-ci pourra la soutenir en toute connaissance de cause au sein de l'assemblée départementale.

Les sacrifices que se sont imposés jusqu'ici les départements pour les enfants assistés n'ont pas donné les résultats qu'on attendait le législateur, pour le motif qu'à leur sortie du régiment les anciens pupilles ne rentraient que très rarement au village et augmentaient à la ville le nombre des miséreux et des dévoyés, puisqu'ils ne connaissaient aucun métier. Le comité cantonal, ayant pour président le conseiller général, et pour membres les conseillers d'arrondissement, les maires, les instituteurs, les institutrices les médecins, les visiteuses d'enfants, s'efforcera de retenir le pupille dans sa nouvelle famille et il fera atteindre ainsi à la loi son véritable objet : le repeuplement des campagnes.

VII

La loi du 28 juin 1904

Il était enfin un complément nécessaire de la loi du 27 juin 1904, c'est celui institué par la loi du 28 juin 1904, relative à l'éducation des pupilles de l'assistance publique difficiles ou vicieux.

Précédemment, les services départementaux étaient obligés de confier les pupilles auxquels le placement familial ne convenait pas, à des œuvres privées, la plupart congréganistes, pour les filles surtout, et qui non seulement n'offraient pas les garanties suffisantes, mais qui fonctionnaient souvent dans les conditions les plus lamentables d'hygiène, d'éducation et d'instruction : des scandales récents nous l'ont prouvé.

La loi du 28 juin 1904 remédie en quelque sorte à ces défectuosités. L'article 1er exige que les pupilles de l'assistance publique, qui, en raison de leur indiscipline ou de leurs défauts de caractère, ne peuvent être confiés à des familles, soient placés, par décision du préfet, sur le rapport de l'inspecteur départemental dans une école professionnelle. Les écoles professionnelles agricoles ou industrielles sont des établissements départementaux ou des établissements privés. Ces deux catégories devront être autorisées et soumises à un règlement d'administration publique.

Et l'article 2, ajoute : « Lorsqu'un pupille de l'assistance, pour des actes d'immoralité, de violence ou de cruauté, donne des sujets de mécontentement très graves, le tribunal civil peut, sur le rapport de l'inspecteur de l'assistance publique et sur la demande du préfet dans le département, ou du directeur de l'assistance publique de Paris dans la Seine, décider, sans frais, qu'il sera confié à l'administration pénitentiaire. »

Mis en observation dans un de ces établissements, l'enfant y sera maintenu jusqu'à ce que les renseignements recueillis et le résultat de l'observation permettent de décider s'il doit être placé dans une colonie ou maison pénitentiaire ou dans une colonie correctionnelle.

D'après les renseignements obtenus et sur le rapport de l'inspecteur départemental, le préfet peut mettre fin au placement et opérer le retrait du pupille.

Nous sommes loin, on le voit, des *in pace* et des cabanons employés pour la correction des enfants par les administrations hospitalières, qui se sont succédé de 1805 à 1850.

Dr Emile Barthès,
Inspecteur de l'Assistance publique des Pyrénées-Orientales.

DÉONTOLOGIE

Un zèle de néophyte.

Nous ne fûmes pas les seuls à protester contre la « gaffe » commise par l'ancien bureau de l'Association Générale des pharmaciens rappelant les médecins à l'ordre (en matière déontologique !) par une circulaire que nous avons publiée au numéro 14 de cette année.

Des échos venus de toutes parts, et même du milieu pharmaceutique, nous apprennent que cette encyclique a déridé les fronts les plus sévères des deux professions.

Parmi tous les articles de ton plutôt joyeux inspirés par ce document, reproduisons celui que nous avons lu dans l'*Echo de la médecine et de la chirurgie.*

Ironie ?

Sous la rubrique d'Intérêts professionnels, nous lisons dans le *Répertoire de Médecine* du mois d'avril 1906 un document qui nous fait l'effet d'une bombe à renversement. Cette bombe, en effet, peut se retourner non seulement sur elle-même pour exploser, mais contre ses propres propulseurs. Quant à moi, elle me renverse, rien qu'en la regardant.

Oui, lecteurs, rappelez-vous les grenouilles demandant un roi et vous aurez l'idée de cet acte insensé d'un Conseil d'administration qui se croit grave parce qu'il ajoute pompeusement à sa signature de grande envergure ce paraphe de l' « *Association générale des Pharmaciens de France* ».

Ah ! combien de braves pharmaciens sont, comme je ne l'étais il n'y a qu'un instant, absolument ignorants de l'acte de délation commis par un groupe de leurs mandataires ?

Il s'agit, en effet, d'une véritable *accusation* dirigée sous forme de *pétition*, au grand chef des magistrats au Garde des Sceaux lui-même et cela, chers Confrères, contre le corps médical entier.

Le procédé est par lui-même des plus corrects, n'est-ce pas ? Ecoutez donc dorénavant les condoléances de l'apothicaire quand il se plaindra que vos formules ne sont pas suffisamment rémunératrices ! Il est plein d'égards pour vous. Mais le fait de dire avec de grands gestes au corps médical qu'il pratique une sorte d'immixtion dans la vente des médicaments, dépasse les limites de l'impudence.

Γνωθι σεαυτον, ô noble Conseil d'Administration ! ! Fort peu de médecins en France s'occupent de la vente des médicaments, et il n'est pas dix médecins peut-être, sur toute cette grande terre de liberté, qui n'aient sur la conscience des bévues grotesques, des audaces inqualifiables, des illégalités flagrantes et quotidiennes dans les soi-disant (conseils aux clients) dispensant, ou plutôt tendant à empêcher ceux-ci d'aller consulter un médecin.

Ah ! la légalité, la morale professionnelle, nous savons la place que cela tient dans la plupart des officines ! Aussi combien votre silence eût été plus adroit, plus éloquent ! Que par suite de vos agissements certains médecins, réduits à la portion congrue, sortent des règles de la déontologie professionnelle, cela est possible, peut-être. Mais je soutiens que si le pharmacien en exercice respectait la loi — n'administrait les médicaments composés ou dangereux que sur son ordonnance, je soutiens que si son rôle large et suffisant d'acheter bon et de vendre honnêtement était scrupuleusement pratiqué, il y aurait place pour un nombre double de médecins en France et l'on ne verrait plus l'affameur injurier ou dénoncer l'affamé.

Sans doute, M. le Garde des Sceaux fut un homme avisé et donna à ce factum la suite qu'il comportait... le panier. Mais si par hasard cette dénonciation était prise au sérieux, combien il serait facile à quelqu'un de nos confrères du Parlement de profiter de l'aubaine pour tenir ce langage :

« Eh bien ! oui, M. le Ministre, que dorénavant les sanctions pleuvent drues et fermes sur tous ceux qui, médecins ou pharmaciens, sortiront de leurs attributions » et nous rirons des grenouilles demandant un roi ! Nous verrons cette légion de pharmaciens qui, tous, lancent, sans ordonnances de médecin, des formules enfantées par leurs caprices pour des affections dont ils ne comprennent pas le premier mot et sous forme de spécialités infaillibles, nous les verrons obligés de rentrer dans la sage pratique du travail assidu devant la feuille d'ordonnance médicale respectueusement exécutée.

Nous les verrons obligés de déposer dans un tiroir bien clos ces bistouris septiques avec lesquels ils incisent des panaris ou des clous au mépris de toutes les lois de l'anatomie et du manuel opératoire. Ainsi disparaîtront de leurs doigts les clefs de Garengeot avec lesquelles ils arrachent os et dents. Vous les verrez condamner à la rouille tous les speculums avec lesquels ils se livrent, dans la chambrette d'à côté, à des investigations qui, si elles ne sont très indiquées, sont néanmoins des façons habiles d'entrer... dans le sujet. Vous les verrez renoncer aux crayons de nitrate sur les ulcérations de toute nature qu'ils rendent si souvent ensuite obtuses au diagnostic ! Vous les verrez perdre leur habileté légendaire à guérir les blennorrhagies tantôt par le lavage, tantôt par l'instillation de tous les urèthres masculins ou féminins, de tous les petits coins vaginaux et autres.

Ah ! l'on veut éplucher nos prescriptions ! Y renoncerez-vous enfin, naïfs confrères, à toutes ces spécialités pharmaceutiques qui ne portent pas de nom de docteur et qui, du point de départ jusqu'au point d'arrivée, sont faites pour s'envoler par-dessus vos épaules ! Exigez donc à l'avenir le nom vrai et authentique d'un médecin qui, seul, a qualité pour formuler lorsque vous avez à vous servir d'un produit spécial. La spécialité, lorsqu'elle s'impose et c'est le cas de certaines, servira au moins de débouché à quelques confrères et donnera du jour à la profession.

Après la délation du garde des Sceaux on fit parvenir une lettre du même Conseil aux médecins eux-mêmes — rappelant que la loi condamne « l'entente intéressée entre médecins et pharmaciens ». Est-ce que toutes ces organisations véreuses, qui ont pour objectif plus ou moins inavouable d'enrégimenter les médecins, ne sont pas constituées par des pharmaciens ? Je n'en connais pas d'exemple issu du corps médical ? Allons, s'il y a habitude de compérage que nous condamnons hautement, regardez à vos pieds, Messieurs du Conseil, et cela suffira.

Vous voulez de l'honnêteté professionnelle. Nous en sommes partisans et chauvins. La médecine a tout à y gagner. La spécialité ne vous nuit pas... et vous lui nuisez souvent, systématiquement, de toutes vos forces. Ne poussez pas trop loin l'esprit critique. Pour remplir ce rôle, il faut être impeccable. Personnellement, Messieurs les membres du Conseil, je pense que vous l'êtes. Mais vous parlez au nom d'une collectivité, et cette collectivité prête le flanc à trop de justes critiques... Un jour peut-être vous verrez proclamer la liberté de vente de toutes les spécialités honnêtes qui, à la rigueur, se passeraient fort bien des pharmaciens pour circuler.

Un jour aussi, vous entendrez parodier à votre adresse le mot fameux d'Alphonse Karr contre la peine de mort a ceux qui tuaient... Ah ! de ces procédés là... vous n'en voulez plus, Messieurs. « Daignez, Messieurs, commencer les premiers. »

Dr Kritik.

M'est avis que les pharmaciens distingués qui, ces jours derniers, au Congrès de répression d'exercice illégal de la médecine, adhéraient avec enthousiasme au programme du « Concours médical » et du « Concours pharmaceutique » : *entente des deux professions pour le bien de l'une et de l'autre* », seront d'accord que la célèbre circulaire fut un acte incorrect, inélégant, d'opportunité fort douteuse. S'il en fut fait un grand tirage, ce fut certainement avec la pensée qu'il en résulterait un fort « bouillon » destiné à des archives qu'il est sans doute nécessaire de grossir pour faire croire à une prodigieuse activité de l'Association.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise.

Séance du 26 avril 1906.

Présents : les Drs Carnette, Georget, Katz, Branthomme, Cousinou, Broquet, Guy, Castaneda, Cels, Grabias, Hagelstein, Rikenback, de Grissac, Béziat, Okinczie, Darène, Millet, Meyer, Rousseau.

Excusés : MM. Breitel, Evrard, Meunier, Fruteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Admissions : Dr Almès, de Bessancourt ; Dr Josseran, de Beauchamps.

Les démissions des Drs Pamart et Dethan, qui ont quitté la région, sont acceptées. La proposition du Dr Guy, faite à la dernière assemblée, au sujet d'une seule réunion obligatoire est adoptée. Cette réunion obligatoire sera celle du mois d'octobre et les sociétaires absents seront passibles des amendes réglementaires.

Le syndicat abandonnant le projet de tarif régional, décide d'adopter le tarif Jeanne qui servira de base aux confrères syndiqués.

Le secrétaire rend compte de ce qui a été fait par le bureau pour protester contre les honoraires du tarif ministériel pour les communes de moins de 5.000 habitants. 82 certificats de maires ont été réunis et adressés au ministre par l'intermédiaire de la commission médicale.

A ce sujet, le Dr de Grissac, fait adopter par le syndicat la protestation suivante :

« Le syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise, considérant que les actes de la profession médicale ne sauraient être tarifés, que si les syndicats médicaux ont établi des tarifs, c'est par mesure d'ordre intérieur et seulement à titre d'indication minimum, que les conditions qui règlent les honoraires des médecins sont trop variables, et que l'Etat n'a aucun droit pour imposer aux médecins des honoraires, dans tous les cas où il n'est pas intéressé, proteste contre le tarif établi par le ministre du Commerce qui est en opposition avec les principes qui règlent les rapports des médecins avec leurs clients ».

M. le Président donne communication du rapport Camescasse sur l'arrêté ministériel, et le Syndicat adopte les conclusions du rapporteur, celles intéressant particulièrement Seine-et-Oise, mais telles qu'elles ont été modifiées par l'Assemblée générale des médecins de Seine-et-Oise.

Le Dr Broquet demande au Syndicat de poursuivre les agissements d'un individu exerçant illégalement la médecine à Gonesse. Le Dr Katz engage notre confrère à réunir un dossier de faits certains, susceptibles de motiver une action judiciaire. Le concours du Syndicat est tout acquis à notre confrère.

Présentation : Dr Jurquet, de Boissy-l'Aillerie.

Le Secrétaire
Dr Georget.

CHRONIQUE DU "PATRONAGE"

Le Ministère de la Guerre et le FUMIGATOR.

(*Adoption officielle*).

Le règlement sur le service de santé à l'intérieur prescrit, à l article 235, la désinfection par l'étuve à vapeur sous pression des effets d'habillement et de petit équipement de tous les hommes qui entrent à l'hôpital.

Jusqu'à présent, aucune mesure d'assainissement ou de désinfection n'a été prévue pour les souillures banales ou suspectes des vêtements, coiffures ou chaussures laissées par les hommes, libérés, réformés, ou changés de corps, ainsi que par les réservistes et les territoriaux.

Dorénavant, ces effets ne seront réintégrés et ultérieurement distribués qu'après avoir subi non seulement le nettoyage et le dégraissage prévus par l'instruction du 30 janvier 1892, mais encore l'opération complémentaire de la désinfection.

Il résulte de nombreuses expériences faites au cours de l'année 1905 que cette désinfection ne peut être effectuée dans des conditions satisfaisantes d'économie et de rapidité qu'à l'aide d'un procédé utilisant un agent gazeux, et rappelant par la simplicité de son emploi, et son fonctionnement en quelque sorte automatique, le procédé depuis longtemps réglementaire de la sulfuration.

L'emploi de l'aldéhyde formique, dégagé à l'état de vapeur par la volatilisation du trioxyméthylène, d'après le procédé breveté sous le nom de « Fumigator », répond à ces multiples indications. Il est approuvé par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, et a été autorisé par décision ministérielle du 9 février 1904 pour la désinfection superficielle, conformément aux dispositions de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique. Il ne comporte l'achat d'aucun appareil spécial.

Le « Fumigator » est constitué par une cartouche de cuivre contenant la substance antiseptique à volatiliser par la chaleur, c'est-à-dire le trioxyméthylène.

Cette cartouche est entourée d'une pâte qui, allumée à sa partie supérieure, brûle lentement sans flamme, et porte bientôt le trioxyméthylène cristallisé à une température où il se volatilise rapidement sans brûler, ni s'altérer, en donnant naissance à d'abondantes vapeurs d'aldéhyde formique qui se répandent dans tout le local ; ces vapeurs très divisées pénètrent partout en atteignant, même à travers les plis des étoffes, les germes qui peuvent y adhérer.

CATÉGORIES D'EFFETS A DÉSINFECTER

La désinfection devra porter sur les effets d'habillement laissés par les hommes *libérés, réformés ou changés de corps, par les réservistes et les territoriaux.*

On exceptera toutefois de cette mesure la col-

lection de guerre dont le port exceptionnel ne nécessite pas une pareille opération.

Les effets à soumettre aux vapeurs désinfectantes seront : les capotes et manteaux, les dolmans ou vestes, les pantalons basanés ou non, les ceintures de flanelle, les coiffures de tout genre (casques, képis, bonnets de police), les chaussures (brodequins, demi-bottes) les houzeaux de cuir.

Aucune précaution spéciale ne s'impose en ce qui concerne les dorures ou les parties métalliques ; les vapeurs de formol ne les altèrent nullement. Elles n'agissent pas davantage sur la couleur des tissus qui ne subit aucune modification.

CHOIX ET AMÉNAGEMENT DES LOCAUX POUR LA DÉSINFECTION.

La désinfection sera pratiquée par la compagnie, dans un local quelconque suffisamment vaste, autant que possible éloigné des chambres habitées, et susceptible d'être hermétiquement clos par le calfeutrage de toutes les ouvertures à l'aide de bandes de papier fixées à la colle de pâte.

Les expériences faites ont montré que les magasins de compagnie se prêtent bien, d'une façon générale, à ce genre d'opération.

Elles ont fait voir, en outre, qu'on peut disposer, par mètre cube, deux collections d'effets, dans des conditions telles que les vêtements étalés sur des cordages ou linteaux en bois, sont convenablement exposés à l'action des vapeurs de formol.

Le dispositif le meilleur à employer suivant l'état des lieux pour assurer cet aménagement reste au choix des compagnies.

On s'ingéniera toutefois à réduire le plus possible les frais de cette première installation qui devra être en partie mobile, et pourra servir à nouveau d'une façon indéfinie.

La possibilité de choisir des locaux de contenance quelconque, et d'opérer simultanément dans plusieurs compagnies, permet de faire face à toutes les exigences, de déterminer, suivant les besoins, les époques de désinfection, et de réduire dans de larges proportions le temps à leur consacrer.

En ce qui concerne les effets laissés par les hommes réformés ou changés de corps dans le cours de l'année, les commandants de compagnie attendront pour les soumettre aux vapeurs formolées que leur nombre justifie la mise en train d'une séance de désinfection.

TECHNIQUE DE LA DÉSINFECTION.

La technique de la désinfection par l'aldéhyde formique gazeux que dégagent les cartouches « Fumigator » est à peu près identique à celle prévue pour les sulfurations dans la notice n° 7 sur les désinfections, annexée au règlement sur le service de santé à l'intérieur, a laquelle on devra sa reporter.

Après avoir calculé le cubage de la pièce choisie pour la désinfection, on assure la fermeture hermétique de toutes les ouvertures ou interstices, à l'aide de bandes de papier collé ; on évitera ainsi la déperdition d'aldéhyde formique, et la gêne qui pourrait en résulter pour les pièces voisines au cas où elles seraient habitées.

Il est très utile, sinon indispensable, de saturer au préalable d'humidité l'air du local, et d'élever sa température au voisinage de 20° ; une atmosphère chaude et humide favorise au plus haut point l'action antiseptique des vapeurs de formol. Ces précautions sont particulièrement recommandables pour la saison d'hiver.

On se fournit ensuite d'autant de cartouches « Fumigator » n° 4 qu'il y a de fois 20 mètres cubes dans le local choisi ; pour les fractions complémentaires de cubage, supérieures à 10 mètres cubes, on devra ajouter une cartouche supplémentaire.

Les cartouches seront disposées entre les griffes du trépied métallique qui les supporte, dispersées le plus possible dans le local, et allumées au-dessus d'une flamme quelconque, mise au contact de la zone brun foncé de la pâte combustible qui se trouve à la partie supérieure de l'appareil.

Les cartouches ainsi allumées simultanément par plusieurs hommes sont disposées sur une plaque de métal quelconque. Si le sol de la chambre est planchéié, on emploie, comme lorsqu'il s'agit du soufre en canons, des récipients en poterie grossière disposés sur un lit de sable.

Les hommes qui auront allumé les « Fumigators» se retirent rapidement pour ne pas être incommodés par la fumée épaisse et les vapeurs qui se dégagent en très grande abondance ; puis on assure la fermeture hermétique de la porie de sortie par le collage des dernières bandes.

Au bout de vingt-quatre heures, la désinfection est complète ; on ouvre largement le local dans lequel on établit autant que possible des courants d'air. Après une heure de large ventilation, la pièce est de nouveau habitable; on peut encore rendre plus rapide la désodorisation du local en y projetant quelques centimètres cubes d'une solution d'ammoniaque.

DÉPENSES NÉCESSITÉES PAR LES OPÉRATIONS DE DÉSINFECTION.

Les corps ou établissements adresseront directement les commandes de cartouches désinfectantes au directeur de la société « Fumigator », à Paris, rue Tarbé, 4 (XVII[e] arrondissement). Il sera fait exclusivement usage du modèle de cartouche n° 4 calculé pour assurer la désinfection de 20 mètres cubes.

Les achats faits par les corps ou établissements seront remboursés par le service de santé ; ces achats demeureront expressément subordonnés à l'autorisation du Ministre. MM. les généraux commandant les corps d'armée sont invités à adresser aussitôt que possible au Ministre (7[e] Direction) un état indiquant pour chaque corps ou établissement la dépense présumée nécessaire au titre de la présente année d'une part pour l'achat des cartouches n° 4, d'autre part pour les fournitures accessoires que comporte la suspension des effets (cordes, pitons, linteaux de bois, etc.).

Après examen de ces états, le Ministre indiquera le crédit affecté à chaque corps d'armée pour l'exécution des prescriptions de la présente circulaire.

Eugène Etienne.

(Bulletin officiel du ministère de la guerre).

CORRESPONDANCE

La journée de huit heures en hygiène sociale.

Très honoré confrère,

Voulez-vous me permettre de vous soumettre quelques observations que m'a suggérées la lecture de l'article sur « la journée de 8 heures en hygiène sociale » parue dans le n° 21 du *Concours*?

Certes, sur beaucoup de raisons apportées par l'auteur pour établir le bien fondé de cette revendication, on ne peut élever aucune objection sérieuse, au point de vue hygiénique, bien qu'il ne soit pas démontré qu'en pratique, le temps passé au dehors des ateliers soit entièrement consacré par l'ouvrier à reposer ses muscles et à oxygéner ses hematies. Hélas! le cabaret, l'estaminet, sont des milieux bien plus fascinateurs que le petit jardinet ou les quelques pièces du domicile.

Mais je préfère ne pas insister sur les effets du désœuvrement chez l'ouvrier. Cela serait une etude psychologique originale à faire et la conclusion pourrait bien être opposée à la réalisation de la journée de 8 heures et cela au nom de l'hygiène sociale. Ce qui serait drôle quand même.

Parmi les arguments que donne l'auteur en faveur des trois-huit, il y en a un qu'il tire de la physiologie et sur lequel il me paraît qu'il compte beaucoup pour dissiper les dernières resistances. Comment, en effet, en ce siècle où règne l'esprit scientifique, pourrait-on remettre à plus tard une pareille innovation, un pareil progrès, puisque la science la réclame comme une vérité demontrée.

J'ai donc lu aussi attentivement qu'il me soit possible la relation de cette expérience physiologique. Et, chose bizarre, je ne suis pas encore convaincu ; car pour moi, si elle m'a expliqué quelque chose, c'est, en tout cas, une tout autre chose que celle pour laquelle elle est donnée. Oh! je sais bien que ces expériences sont terriblement complexes et difficiles à conduire. Il faut tenir compte, d'une part, de l'entraînement qui diminue, comme chacun le sait, au moins un bon 1/3 de la dépense en calories pour un travail donné. Ainsi un ouvrier entraîné dépensera un 1/3 de calories de moins qu'un autre qui fera ce travail pour la première fois. C'est donc un point qu'il ne faut pas négliger dans le calcul.

Il y a encore la question si complexe de la ration alimentaire et de la valeur énergétique des éléments. Je n'en ai pas vu faire mention.

C'est donc un travail de longue haleine qu'il faudrait présenter pour asseoir, au nom de la science, de pareilles propositions et non une expérience isolée. Quelle objection pourrait-on faire contre le maintien de la journée de 10 *heures* par exemple, si l'expérimentation venait apporter les faits suivants qui ont été contrôlés, je crois.

On donne à un ouvrier une ration alimentaire déterminée; on le soumet pendant plusieurs jours à la même ration et a un travail dont on peut mesurer exactement la valeur en kilogrammètres. A la fin de l'expérience, on constate que le sujet a le même poids qu'au début de l'expérience.

Il me semble que, présentée dans ces conditions, l'expérience serait bien plus démonstrative. Comme je l'ai dit, cette expérience a été faite très consciencieusement et a demoli toutes les belles théories du socialisme. Mais comme elle ne sert pas les intérêts en jeu, on la garde prudemment dans les cartons ; cependant, c'est de la science physiologique.

Je suis donc tout disposé à croire que la journée de 8 heures est bien l'expression de la vérité ; mais que l'auteur me donne des raisons plus concluantes que celles insérées dans l'article. S'il désire se documenter sur cette question, je suis à sa disposition. Je n'aime pas plus que lui être la dupe de manœuvres sans doute habiles, mais antiscientifiques.

Veuillez m'excuser, très honoré confrère, de ces longues lignes jetées au courant de la plume ; mais il ne faut pas laisser accréditer les erreurs, et je compte sur la publicité de votre journal pour attirer l'attention sur les raisons de mes réserves.

Mes salutions bien confraternelles.

Dr Gannat.

La lettre aux familles, sur l'encombrement médical.

Monsieur le directeur du *Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque, Paris.

Mon cher confrère,

Je vous suis profondément reconnaissant de l'appel si chaleureux que vous avez bien voulu adresser à vos lecteurs dans le dernier numéro du *Concours Médical*, en faveur de la lettre-circulaire. Cette œuvre a déjà vécu, en grande partie, grâce à vous, autant par la contribution pécuniaire importante que vous y avez apportée dès la première heure, que par l'inépuisable dévouement dont ont fait preuve à son égard avec vous-mêmes, tous vos collaborateurs du *Concours* et du « Sou médical ».

Nul doute qu'elle ne porte à présent des fruits appréciables par le puissant patronage que vous lui donnez.

Je le souhaite de grand cœur : pour le bien d'abord de notre malheureuse profession, et aussi pour l'exemple qui doit demeurer aux jeunes générations médicales de la façon dont vous aurez su mettre en pratique votre devise toute de solidarité, en fécondant l'initiative de l'un des vôtres, quand elle vous a paru profitable au plus grand nombre. Celui-là, comme tant d'autres, vous en saura garder, soyez-en assuré, une gratitude profonde et un dévouement sincère. Dr Vigne.

P. S. — Je suis heureux de vous annoncer que, sur une demande que je lui ai adressée au nom de divers groupements représentés, M. Brouardel a bien voulu me promettre de se documenter et d'intervenir auprès du Ministre de l'Instruction Publique en vue d'obtenir que lecture soit donnée *officiellement* de la lettre dans les classes.

REPORTAGE MÉDICAL

Banquet en l'honneur du Dr Bérillon. — L'Ecole de Psychologie, d'accord avec la Société d'hypnologie et de psychologie, la Société de pathologie comparée et le Syndicat de la presse scientifique, a résolu d'offrir au Dr Bérillon, inspecteur des asiles d'aliénés, professeur à l'Ecole de Psychologie, secrétaire général de la Société d'hypnologie et de psychologie, ancien président de la Société de pathologie comparée, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, etc., un banquet amical, à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur.

Cette fête confraternelle aura lieu le mardi 19 juin 1906, à sept heures et demie, au palais d'Orsay, sous la présidence de M. Bienvenu-Martin, sénateur, ancien ministre de l'instruction publique, et le patronage de MM. Berthelot, ancien ministre, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; Albert Robin, professeur à la Faculté de médecine; Huchard, membre de l'Académie de médecine; Edmond Perrier, directeur du Muséum ; Giard, professeur à la Sorbonne.

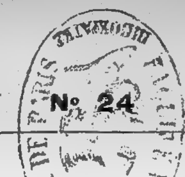
Le prix du banquet est de 15 francs, sur lesquels on prélèvera la somme nécessaire à l'acquisition d'un souvenir.

Les confrères, les élèves et les amis du Dr Bérillon sont invités à adresser leur adhésion, avant le 15 juin, au Dr Paul Farez, 154, boulevard Haussmann, ou leur souscription pour le souvenir.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année **N° 24** 17 JUIN 1906



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

DÉONTOLOGIE ET MÉDECINE PUBLIQUE

APHORISMES

Le Droit des Malades

Tout Français, riche ou pauvre, dont la vie ou la santé est en danger, doit avoir le droit de choisir le médecin auquel va être confiée sa vie ou sa santé. Aucune autre considération, même financière, ne peut entamer ce principe.

Le Devoir de la Société.

Les parents (ascendants ou descendants) se doivent mutuellement, de par la loi, une pension alimentaire, qui comprend, d'après une jurisprudence constante, les soins médicaux. De même, la Société doit à toute personne en ayant besoin une pension alimentaire comprenant les soins médicaux.

Le Droit de la Société.

La Société, qui est tenue de payer les soins médicaux, a le droit d'exercer un contrôle sur l'emploi que le malade fait des sommes qu'elle lui confie pour se soigner.

En résumé, au malade dont la vie est en jeu, le droit de choisir le médecin qui le soigne ; à la Société, dont la caisse est en jeu, le droit d'avoir son médecin qui contrôle l'état de la maladie et des dépenses qu'elle occasionne.

Le Devoir des Médecins.

Le médecin doit donner aux malades, riches ou pauvres, tout l'effort de son savoir, toutes les consolations possibles. Il doit faire acte de dévouement, mais seulement de dévouement. L'humanité n'est pas un devoir médical, mais un devoir social.

Commet une faute grave envers sa famille et le corps médical, le médecin qui, sous le couvert de philanthropie et de désintéressement, mais en réalité pour obtenir un ruban, ou faire une concurrence déloyale à ses confrères, accepte de prendre pour son compte les charges d'humanité qui incombent à la Société tout entière.

Combien, parmi les médecins qui font du désintéressement, en existe-t-il qui peuvent marier leur fille à un médecin ? Le médecin désintéressé ne peut donc maintenir sa famille au niveau social jusqu'où il a été élevé par les efforts de ses ascendants.

Si, en politique, le médecin veut, avant son idéal de médecin, faire passer son idéal d'homme, il n'a pas le droit de sacrifier son idéal de père de famille à son idéal politique. En mettant des enfants au monde, il a contracté vis-à-vis de ceux-ci une obligation devant laquelle toute autre considération doit s'incliner.

Son premier devoir est donc de refuser son vote et son influence à tout candidat à la députation

qui n'inscrirait pas dans son programme la liberté pour le malade de faire appeler le médecin en qui il a le plus de confiance.

Le Droit des Médecins.

L'humanité est un devoir social et non médical. La Société doit donc s'imposer tous les sacrifices nécessaires pour payer intégralement, au tarif minimum ouvrier, les soins médicaux fournis par le médecin aux déshérités. Elle doit payer intégralement le médecin, comme elle paye intégralement au tarif ordinaire le boulanger et le propriétaire qui fournissent aux déshérités la nourriture et le logement.

Il faut, dit-on, être très prudent pour ne pas décourager les industriels qui mettent dans des affaires, des *capitaux* qu'ils sont exposés à perdre ! Nous répondrons que lorsqu'un médecin a déposé son diplôme à la mairie et qu'il s'est installé, il a dépensé au bas mot 40.000 francs, pour pouvoir essayer de gagner sa vie ; que ce capital n'est représenté par aucun fonds de commerce cessible; que si le médecin vient à mourir, c'est un capital perdu ; que l'on considère comme des heureux, parmi les médecins qui vivent de la clientèle ouvrière, ceux qui peuvent arriver à récupérer, au cours de leur carrière, les 40,000 francs qu'a coûtés le diplôme. Nombreux sont les commerçants qui commencent avec une mise de fonds beaucoup moindre ; ils courent le risque de la perdre, comme le médecin perd à peu près sûrement la sienne ; mais, par contre, ils ont la chance, que n'a pas le médecin, de décupler le capital engagé.

*
* *

Tout médecin qui, dans un conflit entre un groupe de médecins et une administration ou une collectivité, vient appuyer cette dernière contre ses confrères, est indigne du corps médical. (*Adopté à l'unanimité par le* **Congrès international de médecine professionnelle de juillet 1900.**)

*
* *

« Le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine,

« Considérant que les règles de la déontologie sont les mêmes pour les médecins praticiens et pour les professeurs de la Faculté de médecine ;

« Considérant que ces derniers ont pour premier devoir la pratique de la déontologie qu'ils doivent enseigner par la parole et par l'exemple ;

« Regrette qu'un professeur de la Faculté, cité par un confrère devant le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine, pour manquement aux règles de la déontologie, ait négligé, sans explication, de se rendre à cette convocation. »

(*Ordre du jour récent du Syndicat des médecins de la Seine.*)

LES MAGISTRATS ET LA LOI " ACCIDENTS DU TRAVAIL "

Le droit de choisir et de changer de médecin.

C'est en vain que les commissions du Sénat et de la Chambre, que les syndicats ouvriers et les syndicats médicaux ont réuni et multiplié leurs efforts pour préciser par un texte, aussi clair que possible, la volonté du législateur, afin de mettre un terme aux mauvaises chicanes que soulèvent la plupart des Compagnies d'assurances. En dépit de toutes ces précautions, les assureurs, renards madrés, creusent sans cesse sous ces textes de nouveaux terriers, où ils cherchent à se cacher pour échapper aux obligations que la loi leur impose.

La loi de 1898 avait dit nettement que le blessé avait le droit de choisir son médecin, malgré cela les compagnies avaient voulu contester ce droit. C'est alors que la loi modifiée de 1905 avait proclamé ce droit d'une façon indiscutable. Penser que les Compagnies allaient s'incliner devant la loi serait mal les connaître. Elles ont soutenu que si le blessé avait le droit de choisir son médecin, il n'avait plus le droit d'en changer lorsqu'il l'aurait une fois choisi, sans l'autorisation du patron. Ne demandez pas aux avocats chargés de diriger le service du contentieux des Compagnies sur quel article de la loi ils s'appuient pour soutenir pareille doctrine, ils ne pourront pas vous en citer. Mais en retour, ils vous donneront comme une jurisprudence constante un jugement plus ou moins étonnant qu'ils auront arraché à un juge de paix, influencé par un article tendancieux paru dans un des nombreux journaux que les Compagnies d'assurances publient et envoient aux juges chargés d'appliquer la loi sur les accidents du travail.

Un mauvais jugement.

C'est ainsi que, le 23 février 1903, un juge de paix de Nantes avait basé son jugement sur l'attendu suivant :

Attendu que la loi du 9 avril 1898, article 4, en mettant à la charge du chef d'entreprise les frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par le traitement d'un ouvrier victime d'un accident de travail a par cela *même reconnu au patron*, ou à la Compagnie d'assurances qui le représente, *le droit de choisir* le médecin qui doit donner des soins et le pharmacien qui doit fournir les remèdes à l'ouvrier blessé ;

Attendu qu'elle a même en temps respecté la liberté de l'ouvrier, en lui reconnaissant par le même article le droit de choisir un médecin ; que son choix est absolu au début du traitement ; mais que s'il accepte les soins du médecin du chef d'entreprise, s'il n'use pas de son droit de choisir un autre médecin, il ne peut changer de médecin en cours de traitement sans en donner les motifs qui peuvent être contestés par le chef d'entreprise ;

Que, dans les deux cas, soit qu'au début du traitement il ait fait appeler un médecin de son choix, soit qu'au cours du traitement il veuille changer de médecin, il doit en informer le chef d'entreprise.

Dans son premier attendu, de ce que la loi a imposé au patron l'obligation de payer le médecin, M. le Juge de paix de Nantes en conclut que ce patron a le droit de choisir le médecin qui donnera les soins. — Puis, dans l'attendu suivant, il déclare que le blessé a le droit absolu, mais au début seulement. Remarquez tout de suite cette restriction apportée par le Juge de paix à la liberté de l'ouvrier. Sur quel texte s'appuie le Juge pour limiter ainsi ce droit si important du blessé ? Le juge a oublié de le dire, la chose en valait cependant la peine. Remarquez encore que le Juge n'a pas limité au seul début le choix du patron. Cela aurait singulièrement gêné les Compagnies qui ont l'habitude de faire soigner le même blessé par toute une série de médecins, ainsi que le prouve le passage d'un rapport de M. le Dr Vibert, enregistré à Paris, le 2 octobre 1905, et déposé le 3 octobre 1905 sous le n° 1114 du Tribunal civil, dans une affaire Mercier et R... : « Le diagnostic porté le lendemain de l'accident par le médecin de la Compagnie d'assurances, a été une légère entorse « puis un peu peu plus loin : « La compagnie d'assurances communique *diverses notes de ses médecins*, lesquelles ne contiennent rien d'utile pour l'expertise. »

Dire que le patron a le droit de choisir le médecin, puisqu'il est tenu de le payer, équivaudrait à dire que, lorsqu'un automobiliste a brisé une devanture, dont il sera obligé de payer la réparation, il a de ce fait le droit d'agir en maître dans la propriété d'autrui en faisant réparer cette devanture par son architecte et non par celui du propriétaire de la maison, ce qui n'a jamais lieu. En poussant un peu plus loin le raisonnement du Juge de paix, on arriverait à admettre les prétentions de certains patrons émises dans le *Journal des Entrepreneurs*, du 27 janvier 1901, dans l'article : « Modifications de la loi du 9 août 1898 ». « Le Juge de paix, de« mandaient-ils, devra désigner un médecin ex« pert, qui aura pour mission de dire si le traite« ment suivi par le blessé, est bien celui qui con« vient » !

A quoi servirait au blessé le droit de choisir son médecin, si le médecin choisi était obligé d'appliquer le traitement fixé par un expert.

Comment concilier le droit du patron de choisir un médecin, avec le droit égal du blessé d'en choisir un autre.

Ruse d'assureur.

En cherchant à faire établir une jurisprudence limitant le droit du blessé de choisir son médecin au seul début de l'accident, il est aisé de deviner le bénéfice qu'en voulaient retirer les assureurs. Aussitôt après l'accident, la Compagnie donnait au blessé l'adresse de son médecin. Grâce à l'émotion inhérente à tout accident, la victime accepte cette adresse et puisqu'elle ne proteste pas contre l'envoi de ce médecin, c'est qu'elle l'a choisi, et elle ne peut plus en changer sans l'avis du patron « qui peut contester », lisez : « qui contestera » toujours la ligitimité des motifs. Ainsi le blessé est joué, et la loi totalement tournée !

Malheureusement pour les compagnies, l'exemple du juge de paix de Nantes, n'a été suivi par aucun autre magistrat. Voici, en effet, un des attendus d'un jugement de la 1re Chambre de la Cour d'appel de Nîmes, le 23 juillet 1902 :

Attendu, à cet égard, *que la loi de 1898 n'oblige pas la victime à accepter le médecin du patron (dans l'espèce, la Compagnie) ; que le choix du blessé est parfaitement libre et volontaire ; qu'il peut réclamer tout autre praticien si bon lui semble*;

Attendu, en outre, que l'indépendance scientifique du médecin est et doit rester absolue ; qu'aucun patron, qu'aucune Compagnie n'aurait le droit ni la prétention d'instituer de sa propre autorité un traitement thérapeutique ou chirurgical, et pas davantage le droit de contrôler et de modifier le traitement institué par l'homme de l'art ; un tel empiètement, contraire au sens commun et pratiquement irréalisable, ne serait en définitive que l'exercice délictueux de la médecine ;

Par ces motifs, réforme le jugement entrepris rendu par le Tribunal civil d'Alais le 10 avril 1902 ;

Voici au surplus, une consultation de Me Gatineau, en réponse à une lettre d'un confrère qui nous écrivait : « L'assurance refuse de me payer. « Elle prétend qu'il n'y a pas d'ordonnance du « juge de paix m'ayant nommé médecin traitant. « L'ouvrier, dit-elle, n'a pas avisé qu'il changeait « de médecin. Il n'avait qu'à continuer d'aller voir « les médecins que nous lui avions indiqués » :

« C'est à tort que la compagnie d'assurances prétend que les honoraires dus au Dr V..., pour soins donnés à un ouvrier qui l'a choisi comme médecin, doivent rester à la charge de ce dernier, parce qu'il n'aurait pas avisé le patron qu'il cessait de se faire soigner par le médecin de l'assurance, et soutient qu'il faudrait en pareil cas une ordonnance du juge de paix désignant le médecin traitant.

« Une semblable prétention est tout à fait inadmissible surtout depuis la rédaction nouvelle apportée à l'article 4 de la loi de 1898 par la loi du 31 mars 1905.

« Le deuxième § de l'article 4 spécifie : « La victime peut *toujours* faire choix *elle-même* de son médecin ». Par conséquent, c'est à tout moment, aussi bien au cours qu'au début du traitement, que l'ouvrier peut user de son droit de choisir son médecin.

« Cette expression « toujours » a été introduite dans le texte de l'article, précisément pour rendre impossible des décisions comme celle rendue antérieurement par le tribunal de paix de Nantes, le 23 février 1903, et qui, d'ailleurs, n'était pas acceptable même avec l'ancien texte de la loi de 1898.

« En outre, c'est la victime « *elle-même* », comme le dit la loi, et non le juge de paix, qui choisit le médecin traitant, alors même qu'au début du traitement, elle aurait accepté les soins du médecin du patron, ou de la compagnie d'assurances. L'intervention du juge de paix, pour la désignation d'un médecin, n'est prévue que dans le cas, visé par le 5e §, de l'article 4, où le patron veut être renseigné sur l'état de la victime par un médecin de son choix.

« Le choix de son médecin par le blessé n'est subordonné par la loi à aucune condition de forme. On ne peut lui faire grief de n'avoir pas prévenu préalablement le chef d'entreprise par une lettre recommandée (seul moyen qu'il aurait d'apporter la preuve de son affirmation à cet égard), qu'il entendait faire usage de son droit.

« Tout ce qu'on peut exiger de l'ouvrier, c'est qu'il ne continue pas à accepter les soins du médecin patronal, en même temps que ceux d'un médecin de son choix. Dans le cas contraire, en effet, le patron, s'acquittant déjà une fois, par l'intervention directe de son médecin, de l'obligation mise à sa charge par la loi de supporter les frais médicaux et pharmaceutiques, ne pourrait pas être tenu de supporter la même charge une seconde fois, sans y avoir donné son consentement. Les frais dus au médecin mis en œuvre par l'ouvrier, sans l'assentiment du patron. et alors que cet ouvrier continuerait à recevoir les soins du médecin patronal, devraient rester à sa charge.

« Je crois devoir ajouter une observation d'ordre général. Pour éviter toute équivoque, les blessés qui, après avoir reçu les soins d'un médecin de compagnie d'assurances au début du traitement, useront ensuite de leur droit de choisir leur médecin, feront bien de ne retourner chez le médecin de la compagnie sous aucun prétexte, car dans ce cas, on pourra soutenir qu'ils ont reçu les soins des deux médecins à la fois, et chercher à laisser à leur charge les honoraires du médecin de leur choix. Si le chef d'entreprise ou sa compagnie d'assurances veulent contrôler l'état du blessé, que celui-ci refuse d'aller chez le médecin de la compagnie, et qu'il exige que ce dernier se munisse de la désignation du patron visée par le juge de paix, conformément à la procédure tracée par le § 5 de l'article 4, à l'effet d'avoir accès près d'eux. C'est de cette façon seulement que les blessés pourront éviter les pièges qui pourraient leur être tendus à titre de représailles, lorsqu'ils auront eu l'audace, en cours de traitement, de s'arracher aux médecins des Compagnies.

« Georges Gatineau,

« Avocat à la Cour d'appel, Conseil du « Sou Médical. »

Et pour confirmer la consultation de notre avocat conseil, le juge de paix du XIIIe arrondissement de Paris, statua dans ce sens, par un jugement en date du 9 février 1906.

Voici encore un jugement du Tribunal civil de Narbonne, du 6 juin 1900, qui condamne une compagnie à payer 3 médecins différents, ce qui prouve que le blessé, suivant son droit, avait changé 3 fois de médecins.

« Attendu que les frais pharmaceutiques ont été assurés jusqu'au 8 décembre 1899 par la Compagnie défenderesse ; que, depuis cette époque, la victime a fait choix elle-même de son médecin et que le chef d'entreprise n'est, par suite, tenu, aux termes du paragraphe 2 de l'article 4, de la loi du 9 avril 1898, que jusqu'à concurrence de la somme fixée, conformément au tarif adopté dans le département de l'Aude, pour l'assistance médicale gratuite ;

« Attendu, dès lors, qu'il y a lieu d'allouer uniquement les honoraires dus aux divers médecins qui ont soigné B..., puisque ces honoraires sont d'ailleurs en rapport avec le tarif de la médecine gratuite de l'Aude ; condamne en outre la Compagnie à payer au demandeur pour frais médicaux ;

1° 30 francs pour soins donnés par le docteur G...;

2° 35 francs pour soins donnés par le docteur C...;

3° 22 francs pour soins donnés par le docteur D...;

Conclusions :

On voit quelquefois des Compagnies d'assurances refuser le paiement des frais médicaux en alléguant que *le blessé a changé* de médecin en cours de traitement ou bien que, ayant primitivement opté pour l'hôpital, il s'est ensuite rendu chez un médecin de son choix. Cette interprétation est contraire à l'esprit de la loi.

Le choix du médecin par la victime d'un accident ne comporte donc aucune restriction et le patron ne peut, pour éviter le paiement des honoraires médicaux, reprocher au blessé d'avoir changé de médecin.

Comment on fausse l'esprit des juges.

Le Juge de paix de Nantes a-t-il donc une sympathie profonde pour les Compagnies, et une antipathie marquée pour les ouvriers ? Non. Mais il lui est sans doute tombé sous la main, par un hasard que la Compagnie a singulièrement aidé, un de ces journaux où les Compagnies font soutenir, par des avocats de leur contentieux, des thèses qui ont un aspect juridique. On peut ainsi entraîner des juges plus habitués à rendre la justice en équité qu'à démêler le défaut d'un système savamment échafaudé dans les bureaux des directeurs des Compagnies à Paris. La consultation est envoyée ensuite aux agents de la province, avec ordre de la faire accepter par les magistrats de province, susceptibles de se laisser influencer par un avis venant directement du cabinet d'une grande société financière de la capitale.

Le système est simple, il est toujours le même. Les Compagnies sont toutes honnêtes et animées des sentiments les plus désintéressés. Les médecins des Compagnies sont incapables d'obéir à d'autres ordres que ceux qu'ils reçoivent de leur conscience.

Par contre, tous les blessés sont des simulateurs, tous les médecins qui n'ont voulu accepter ni les ordres, ni les conditions des Compagnies, sont des gens tarés qui délivrent des certificats de complaisance. Toutes les personnes honnêtes qui, indignées des agissements des Compagnies, veulent s'opposer à ce qu'elles dépouillent les blessés ne sont que de louches agents d'affaires.

Sur ce thème, des écrivains dévoués font entendre des airs variés, dans des journaux spéciaux qui, sans abonnés, sont cependant tirés à un grand nombre d'exemplaires et répandus à profusion chez tous les magistrats, leur apportant des jugements tout faits, et créant en tout cas chez eux un état d'âme spécial qui finit par leur faire admettre comme vrai les théories ou les accusations les plus fausses.

Les arguments employés sont sans valeur, car il suffit dans les articles où on les développe en faveur des chefs d'entreprises, de remplacer le mot « ouvrier » par le mot « patron », pour établir que l'argument se retourne plus terrible contre les patrons que l'on veut défendre.

C'est ainsi que, pour l'édification de nos lecteurs, nous allons faire à propos d'un article paru dans un journal d'assurance, *La Semaine* du 11 mars 1906 :

Du droit de choisir et de changer son médecin en matière d'accidents du Travail.

Doctrine du patron.

On sait avec quel intérêt les Compagnies d'assurances suivent tous les procès susceptibles de mettre en cause des médecins qui, fournissant aux ouvriers des certificats de complaisance, cherchent ainsi à leur faire obtenir des indemnités *supérieures* à celles auxquelles ils auraient en réalité le droit de prétendre.

C'est dans ce sens qu'un chef d'entreprise avait tout dernièrement soulevé ce litige dans des condit ions où il incriminait un ouvrier de s'être adressé à un médecin X... « Attendu, y était-il dit, qu'il n'est pas admissible que L... ait connu par le simple fait du hasard l'existence du docteur X..., médecin de quartier sans notoriété spéciale ; que les faits dont le concluant a à se plaindre ne sont pas isolés, et que des ouvriers habitant des quartiers de Paris et même des localités de banlieue très éloignées du cabinet du sieur X. ont aussi été chez lui — que l'exposant a un intérêt capital à reconnaître à la suite de quelles circonstances et après quelles promesses le blessé L... a quitté l'hôpital pour aller chez X. — que le blessé, s'il est interrogé, déclarera probablement que le docteur est le médecin de sa famille, mais que cela est inexact, que la production des livres du demandeur principal démontrera le mal fondé de cette affirmation ;

Attendu que X. soutiendra très vraisemblablement qu'il a connu L... comme médecin de mutualités, mais que ces prétendues mutualités sont la Caisse des victimes du devoir et des accidents du travail, ou encore la Société des secours immédiats les quelles ne sont en réalité que des agences d'affaires ; que X. n'a d'ailleurs jamais justifié qu'il était attaché à un titre quelconque à ces deux officines ; qu'aux termes de l'art. 30, alinéa 6, 3°, le chef d'entreprise ne peut porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin ; qu'il résulte nécessairement de ce texte que des tiers ne sauraient détourner, sous quelque prétexte que ce soit, les victimes d'accidents du médecin primitivement choisi

Par jugement en date du 9 février 1906 (Loi du 13 février 1906), le juge de paix du XIII° arrondissement statua sur ces considérations en décidant qu'elles étaient absolument étrangères au concluant ; qu'en effet, que X. soit attaché ou non à des mutualités, qu'il cherche la clientèle ou l'attende, en quoi cela était-il de nature à inquiéter le concluant ? Ce qui l'occupe, c'est de savoir si X. a soigné son ouvrier à raison de son accident ; de connaître la nature, le nombre et le prix de ses soins ; qu'un seul tiers avait intérêt à soutenir ces allégations et que ce tiers était à la Compagnie d'assurances et le tiers qui, sous le couvert du concluant, cherchait à faire juger ses griefs ou prétendus griefs contre X. ; que le concluant, n'ayant donc aucun intérêt dans ce débat, devait être déclaré non recevable en sa demande de dommages et intérêts...

Cette décision, qui, sur certains points, est conforme à la loi, peut cependant sur d'autres, motiver certaines critiques.

On ne saurait, en effet, empêcher un ouvrier, et cela en vertu de l'alinéa 5, 4°, de l'article 30 de la loi du 9 avril 1898, modifié par celle du 31 mars 1905, de choisir son médecin et, par conséquent, d'en changer.

« En effet, comme le disent très justement MM. Olive et Le Meignen dans leur ouvrage sur les accidents du travail. le droit du blessé de choisir son médecin s'étend-il jusqu'à pouvoir le changer autant de fois qu'il le veut ? On a prétendu que oui. Il faut cependant distinguer. Un ouvrier qui appelle un autre médecin, seulement parce que le premier l'a déclaré guéri, s'exposerait à de sérieuses difficultés. Il y a là une question de fait. Le tribunal de paix du sixième canton de Nantes (23 février 1903) a eu à juger une affaire de ce genre ; il s'agissait d'un ouvrier qui, tout en acceptant les soins du méde-

Doctrine du blessé.

On sait avec quel intérêt les *syndicats ouvriers et médicaux* suivent tous les procès susceptibles de mettre en cause des médecins qui, fournissant aux *Cies d'assurances* des certificats de complaisance cherchent ainsi à faire *donner aux blessés* des indemnités *inférieures* à celles auxquelles ils auraient en réalité le droit de prétendre.

C'est dans ce sens qu'un blessé pourrait soulever ce litige dans des conclusions où il incriminerait *un patron d'avoir envoyé un blessé à* un médecin X. « Attendu *serait*-il dit, qu'il n'est pas admissible que le *patron* ait connu par le simple fait du hasard l'existence du Dr X..., médecin de quartier *et de Cie* sans notoriété spéciale ; que les faits dont le concluant a à se plaindre ne sont pas isolés, et que des ouvriers habitant des quartiers de Paris et même des localités de banlieue très éloignées du cabinet du sieur X. ont aussi été chez lui — que l'exposant a un intérêt capital à reconnaître à la suite de quelles circonstances et après quelles *menaces* le blessé a quitté l'hôpital pour aller *au dispensaire de la Cie*, que le patron, s'il est interrogé, déclarera probablement que le docteur est le médecin de sa famille, mais que cela est inexact que l'on démontrera le mal-fondé de cette affirmation, et que le Dr X. est le médecin *aux ordres et à la solde d'une Cie.*

« Attendu que le patron soutiendra très vraisemblablement que le Dr X. est le médecin de la Société de secours de son usine, mais que ces prétendues caisses de secours ne sont que des prétextes inventés par les agents d'affaires que sont les Cies d'assurances pour empêcher le blessé de pouvoir librement choisir son médecin comme le veut le législateur ; qu'aux termes de l'art. 30. alinéa 6, 3°, le chef d'entreprise ne peut porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin ; qu'il résulte nécessairement de ce texte que les Cies d'assurances ne sauraient détourner, sous quelque prétexte que ce soit, les victimes d'accidents du médecin primitivement chosi.

(Le juge qui a rendu le jugement ci-dessus ne s'était pas laissé influencer par les revues publiées et distribuées aux frais de quelques compagnies d'assurances.)

En effet le blessé a le droit de choisir et de changer de médecin comme le reconnaît Me Georges Hamon, avocat à la cour d'appel. D'autre part, il est certain que souvent des médecins de Cie déclarent que tel blessé peut reprendre son travail, alors que l'expert nommé déclare que la reprise du travail n'est possible que 6 semaines, ou même 4 mois après la date fixée par le médecin de la Cie, qui a *délivré ce certificat de complaisance à la Cie dans le but de lui faire payer le 1/2 salaire moins longtemps qu'il n'est dû et afin de se faire noter comme un médecin prenant avec ardeur les intérêts*

Doctrine du patron

cin de la Compagnie d'assurances, se faisait soigner, à l'insu de son patron, par un autre médecin. Le juge de paix repoussa la demande en remboursement des frais médicaux ainsi faits. (Rec. spéc. acc.trav., mai 1903.) »

Or, en l'espèce, il n'en est pas ainsi. L'ouvrier n'a été soigné ni par le médecin de son patron, ni par celui d'une Compagnie d'assurances. C'est de son propre mouvement qu'il a été d'abord se faire soigner à l'hôpital et, qu'abandonnant l'hôpital, il a pris le docteur X. Il est donc vérifié qu'il n'a jamais reçu les soins de deux médecins à la fois, et q'il n'a fait qu'user de la *liberté de confiance* que confère à tout ouvrier la loi française

Doctrine du blessé

de la Cie. Nous avons la preuve de ces faits, dans le rapport cité plus haut du Dr Vibert parlant comme expert et s'exprimant ainsi : « A la date du 18 août 1905, le sieur Mercier a été déclaré en état de reprendre son travail par les médecins de la Cie d'assurances » et plus loin : « deuxième conclusion : la date de la consolidation de la blessure se place à notre avis au 29 septembre 1905. » C'est à-dire six semaines après la date fixée par les médecins de la charitable Cie.

Voici encore un fait de Montpellier :

Un accidenté du travail (fracture de la malléole externe droite) est soigné 3 mois par le médecin de l'assurance. Au bout de 3 mois, le médecin de l'assurance le déclare guéri complètement et ne méritant aucune indemnité.

Le blessé réclame. La compagnie l'adresse à un autre médecin qui le soigne et lui donne *un mois* de plus, sans indemnité également. Au bout de ce laps de temps, il met le patron devant le juge de paix, qui nomme un expert.

L'expert reconnaît qu'il a besoin de *trois mois* de plus et, que, ces trois mois écoulés, il y aura lieu de l'examiner à nouveau afin de savoir si le blessé aura droit à une indemnité pour incapacité fonctionnelle.

Et nous pourrions remplir des colonnes de ce journal avec des documents semblables provenant d'expertises. Contrairement donc à l'opinion de M. le Dr Olive, expert au tribunal, quoique collaborateur d'une revue fort sympathique aux Cies d'assurances, etc., très répandue bien qu'elle ait peu d'abonnés, c'est donc surtout quand il aura été déclaré guéri par les médecins de l'assurance, que le blessé devra changer de médecin, car il est probable qu'il a encore besoin de soins pendant plusieurs semaines.

Doctrine du patron

Mais il est, d'autre part, absolument indéniable qu'un médecin sans notoriété spéciale qui recherche une clientèle déterminée, pour des accidents ne demandant pas les soins d'un spécialiste, n'est autre chose en général qu'un médecin flattant d'une façon toute particulière sa clientèle, et, en la matière, proposant aux ouvriers qui viennent s'adresser à lui, par suite des efforts qu'il a pu faire pour les attirer, et avant même de les avoir examinés, des certificats exagérant dans une certaine mesure les conséquences d'un accident, afin de faire obtenir aux victimes le maximum des bénéfices des instances ou des accords prévus aux articles 15, 16, 17 et 19 de la loi sur les accidents du travail. Il ne saurait donc être indifférent à un chef d'entreprise que le médecin qui a soigné son ouvrier ait ou non l'habitude de courir les clients.

D'autre part, il est bien certain qu'en vertu de la loi elle-même et dans son silence sur ce point, il n'appartient pas seulement à la Compagnie d'assurances de discuter le médecin qui a soigné la victime d'accidents. Ce droit appartient aussi au chef d'entreprise, et c'est donner une interprétation bien restreinte à la loi de 1898 que de soutenir le contraire.

Il n'en résulte malheureusement pas moins que l'art. 30 ne peut bien souvent se trouver appliqué, par suite de la difficulté où se trouvent les demandeurs de faire la preuve de ce qu'ils avancent. Et cependant, les médecins, qui, continuellement, donnent aux ouvriers des certificats, constatés exagérés après rapport d'expert, sont connus des tribunaux et des Compagnies d'assurances.

Leur nombre n'est pas considérable, grâce à la réclame qu'ils se font à eux-mêmes et à la faveur dont ils jouissent dans les milieux ouvriers, mais la façon dont ils abusent des ouvriers et le tort qu'ils font aux chefs d'entreprise et aux assureurs devraient pousser le législateur à modifier encore une fois l'article 30, de telle façon qu'il ne puisse permettre aux fraudeurs de le tourner.

GEORGES HAMON,
Avocat à la Cour d'appel de Paris

Doctrine du blessé

Mais il est, d'autre part, absolument indéniable qu'un médecin sans notoriété spéciale, chez lequel les Cies cherchent à pousser malgré eux les blessés, et qui recherche cette clientèle et les faveurs des Cies, n'est autre chose en général qu'un médecin flattant d'une façon toute particulière sa clientèle, et, en la matière, proposant aux Cies qui lui adressent les blessés par suite des menaces qu'elles font aux victimes, et avant même de les avoir examinés, des certificats *atténuants* dans une certaine mesure les conséquences d'un accident, afin de faire verser aux Cies le minimum des indemnités prévues aux articles 15, 16, 17 et 19 de la loi sur les accidents du travail. Il ne saurait donc être indifférent à un blessé que le médecin du patron ait ou *non l'habitude de courir la clientèle des Cies d'assurances.* Car ces Cies d'assurances ne sont en réalité que des agences d'affaires qui cherchent par tous les moyens à ne payer aux blessés que le minimum d'indemnités.

Et cependant le nombre des médecins qui continuellement déclarent guéris des blessés qui ne le sont pas, et qui continuellement donnent aux assureurs des certificats constatés *atténués* après rapport d'expert devraient être connus des Tribunaux.

Leur nombre est assez considérable à cause de l'argent que ces Cies leur font gagner pour les récompenser de leurs certificats de complaisance. Mais le tort qu'ils font aux malheureux blessés devrait pousser le législateur à modifier encore une fois l'article 30, de telle façon qu'il ne puisse permettre aux fraudeurs de le tourner. Il faudrait qu'il soit interdit aux Cies d'assurances d'avoir des cliniques, où on traite les blessés par des moyens violents afin de les guérir radicalement en les exposant à les faire mourir, car un mort coûte moins cher qu'un infirme.

Il est tout à fait amusant de voir un journal d'assureurs appeler « agences d'affaires » des so-

ciétés de défense des blessés; sociétés fondées par un ancien ministre, M. Guyesse, souvent présidées par des avocats connus. Est-ce que les compagnies d'assurances ne sont pas, elles aussi, des agences d'affaires, est-ce que la plupart d'entre elles n'ont pas pour but unique de gagner de l'argent en retardant ou en diminuant le paiement des indemnités qu'elles garantissent, en usant pour cela de tous les procédés de chicane qu'une archaïque procédure met à leur disposition.

Quels agents d'affaires ont attiré sur leurs officines des jugements aussi sévères que ceux portés contre certaines compagnies d'assurances, ou contre certaines sociétés industrielles qui s'assurent elles-mêmes.

Opinions de personnages importants sur la moralité d'un grand nombre de Cies d'assurances.

Le Président Roosevelt : « Il a été trop clairement démontré que certains des hommes placés à la tête de ces grandes sociétés (sociétés d'assurances) font peu attention à la distinction morale entre l'honnêteté et la malhonnêteté. Ils tracent la ligne de démarcation seulement en deçà de la sorte d'honnêteté nécessaire pour ne pas tomber sous le coup de la loi. (Manifeste du président des Etats-Unis. *Le Journal de la Liberté*, 20 décembre 1905.)

Commission d'enquête parlementaire d'Amérique. — M. Hamilton, ancien magistrat, servait d'agent parlementaire à ces grandes compagnies. Il s'occupa de leurs intérêts dans les couloirs de la législature. M. Hamilton a protesté violemment contre certains procédés des compagnies. Il a traité de chiens galeux les membres du conseil d'administration de plusieurs compagnies d'assurances. (*La Liberté*, mars 1906.)

M. le Dr Pinard, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie, fait à une société savante une communication citée dans la *Médecine internationale* au n° 3 de mars 1906, page 103. Il dit qu'une compagnie d'assurance pratique l' *ssurance contre la grossesse*. Chaque mois les médecins de la Compagnie passent pour voir si la femme n'est pas enceinte, s'il y a grossesse, le médecin fait le nécessaire !

M. le Dr *Budin*, professeur de clinique à la Faculté de Paris, membre de l'Académie, a fait à cette assemblée la communication suivante :

« Certaines assurances sont d'une moralité plus que douteuse, et le fait que signalait ces jours-ci le professeur Budin à la tribune de l'Académie mérite de n'être pas passé sous silence.

« Une Compagnie d'assurances belge a imaginé l'assurance sur la mortalité des enfants en bas âge. Elle a inondé nos départements du Nord d'annonces alléchantes, de courtiers irrésistibles, et les listes d'assurés n'ont pas tardé à se remplir. Moyennant une minime rétribution hebdomadaire, l'assuré touche de la Compagnie vingt francs quand l'enfant meurt avant un an, vingt-cinq francs de un an à deux ans, etc., que cet enfant soit le sien propre ou un enfant confié en garde ou en nourrice.

« Mieux encore, certaines Compagnies assurent l'enfant « *in utero* », et versent la prime à la mère quand l'enfant naît mort ! La conséquence toute logique de cette assurance a été une augmentation dans la mortalité infantile.

« Que sera-ce quand, à la satisfaction de voir disparaître une bouche inutile, viendra s'ajouter celle de toucher une prime d'assurances ? La natalité augmentera certainement ; on fera des enfants chaque année comme on fait les semailles, l'enfant naîtra, sera assuré ; mal nourri et mal soigné, il ne tardera pas à tomber malade, et lorsque le médecin sera appelé auprès de lui, ce sera pour signer le certificat de décès donnant droit à la prime !

« Avouez qu'il y a là l'amorce d'une industrie d'une extrême immoralité et dont les conséquences sont graves pour notre pays. Il est du devoir des Pouvoirs publics d'interdire sans retard cette assurance, d'un cynisme un peu trop révoltant.»

Cette communication a été publiée dans les *Archives de thérapeutique*, n° du 15 mars 1903, journal dirigé par MM. les professeurs de la Faculté, Landouzy, Gilbert, Labadie-Lagrave, Albarran, Demelin, Segond et MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux : Brocq, Chaput, Richardière.

Le journal *L'Economiste* de mars 1903 publie un arrêt de la Cour de Cassation à propos d'une affaire où « la Compagnie avoua alors que tout ce qu'elle avait promis durant vingt années était matériellement faux, les bénéfices devant alimenter l'accumulation n'ayant existé que sur les prospectus alléchants soumis aux assurés.

M. Mougeot, ancien ministre de l'Agriculture, écrit le 5 mars 1906 dans la Revue *Fermes et Châteaux* : « Depuis longtemps les grandes Compagnies d'as-« surances s'enrichissent immodérément grâce à « une prime excessive qu'elles prélèvent sur leurs « clients. C'est qu'en effet pendant longtemps des « clauses draconiennes, voire même léonines, ont « été habilement — pour ne pas dire plus — insé-« rées dans les contrats; » et plus loin : l'économie réalisée par ses adhérents (aux sociétés mutuelles), disons-le d'un mot, est d'ores et déjà de 30 %.

Voulez-vous de sévères appréciations, spécialement sur les Compagnies d'assurances-accidents :

Opinions de Magistrats sur la moralité de certaines Compagnies.

La *Cour d'appel de Montpellier*, à la suite d'un accident arrivé au théâtre le 21 décembre 1900, rend un jugement condamnant une Compagnie d'assurances.

« La Cour ajoute ensuite qu'il est tout au moins surprenant que la Compagnie d'assurances, qui n'avait pas hésité à assurer le directeur comme tombant sous le coup de la loi de 1898 ait éprouvé, au moment de payer une rente, le scrupule juridique qu'elle a soumis à la Cour. En conséquence, elle a confirmé, sur le principe d'application de la loi de 1898, le jugement des premiers juges, puis elle a augmenté la rente allouée au brigadier-machiniste R..., et l'a élevée à 560 francs par an. »

Justice de paix du XIe arrondissement, Paris, 13 janvier 1904.

Attendu, en effet, que S... a été gravement atteint ;

Attendu que le but évident, mais inavouable, inhumain, monstrueux, cynique et absolument révoltant du défendeur, ou plutôt de la Compagnie d'assurances, est de traîner la cause en longueur,

laissant S... sans ressources, et d'arriver à son décès avant qu'une décision de justice soit intervenue;

Attendu que la simple lecture du procès-verbal d'enquête motive ces considérants sévères ;

Condamnons P... et G... ès qualités à payer à S... la somme de 720 francs pour les causes susénoncées, aux intérêts de droit et aux dépens ;

Ordonnons l'exécution provisoire, nonobstant appel, sans caution, sur minute et avant enregistrement du présent jugement.

Tribunal de paix de Villejuif, 26 septembre 1899.

Attendu que X..., après des démarches successives en vue d'obtenir des versements partiels égaux à la moitié de son salaire, soit 3 fr. 85 par jour, s'est vu répondre par une fin de non-recevoir de la part de Y... et Z... ; de ce refus, il ressort, pour la situation de X..., un préjudice dont il y a lieu de tenir compte et dont le Tribunal a les éléments d'appréciation ;

Attendu qu'aux termes de ses conclusions, Q... réclame une somme de 60 francs de dommages-intérêts pour indemnité des frais et démarches occasionnés par l'instance ; par ces motifs, condamne Y... et Z... à payer à X... la somme de 250 fr. 10 pour l'indemnité de salaire, à raison de soixante-six jours d'incapacité de travail ;

Les condamne, en outre, à payer à X... une somme de 60 francs de dommages-intérêts, pour indemnité des frais et démarches occasionnés par leur résistance à ses réclamations répétées, et les condamne aux dépens.

Justice de paix de Vincennes. 5 mai 1905.

Que vraiment, pour se soustraire aux conséquences de cet acte préjudiciable, il invoque le caractère forfaitaire de l'indemnité ; que ce caractère ne s'applique qu'au quantum du salaire qui lui sert de base, et ne saurait dans aucun cas couvrir *des agissements quasi-délictueux* ;

Par ces motifs, le Tribunal, jugeant en premier ressort, se déclare compétent, et statuant au fond, confirme le jugement par défaut du 17 février dernier ;

Condamne, en outre, X... à 25 fr. de dommages-intérêts et aux nouveaux dépens ;

Ordonne l'exécution provisoire, nonobstant appel, même sur minute du présent jugement.

Justice de paix du XIe arrond. Paris, 9 déc. 1903

Attendu que, dans les centres ouvriers, les médecins connaissent leur clientèle spéciale ;

Attendu qu'ils exercent une mission fatigante et peu rémunérée ;

Attendu que l'ouvrier blessé s'adresse au médecin qui l'a soigné, lui et les siens, qui connaît son tempérament, et a sur lui presque toujours une heureuse influence ;

Attendu que le médecin de quartier hésitera toujours à faire l'avance de frais considérables, pour demander au Tribunal de première instance le paiement de ses honoraires ;

Attendu que si la compétence continue à être indéfiniment discutée, les médecins et pharmaciens, préféreront s'abstenir de soigner les victimes du travail, dans la crainte de n'avoir jamais rien à toucher des Compagnies d'assurances, qui s'ingénient à faire une résistance systématique aux règlements de demi-salaires et d'honoraires de médecins et des pharmaciens ;

Attendu que cet état de choses mettrait les blessés à l'entière discrétion des Compagnies d'assurances ;

Attendu que tel n'est pas le vœu de la loi humanitaire de 1898 ;

Attendu que l'intérêt bien compris du blessé, du patron et de l'assurance est d'arriver à un rétablissement aussi prompt et aussi complet que possible de la victime du travail ;

Attendu que ce résultat ne saurait être obtenu si le blessé devient la chose de la Compagnie d'assurances, perd tout libre arbitre, tout droit de disposer de sa personne.

Protestation d'un avocat contre les manœuvres d'une Cie.

Hier, à l'audience de la quatrième chambre, le tribunal renvoyait d'office une série d'affaires après vacations.

Me Bréal, l'un des avocats en cause, intervint :

— Pardon, monsieur le président, je tiens à faire remarquer au tribunal que, dans l'affaire appelée, je suis prêt à plaider depuis longtemps. Comme je me présente pour la victime d'un accident qui remonte au mois de janvier 1903, que cette victime est âgée de soixante-seize ans, *et que l'adversaire a retardé l'affaire par tous les moyens de procédure*, je tiens à dégager ma responsabilité personnelle, si, par malheur, mon client *venait à décéder* avant la fin du procès.

MABRÉAUX-DELAVIGNE. (*Le Journal*, 6 août 1905.)

Opinion des magistrats sur la conduite de quelques médecins de Cies.

Les Cies insinuent que les médecins indépendants qui ne veulent pas traiter avec elles, et qui soignent les blessés s'attirent cette clientèle par des certificats de complaisance; qu'ils citent donc des jugements relevant ces fautes. Par contre, voici quelques avis de magistrats, de députés et de syndicats médicaux sur la conduite de quelques-uns des médecins attachés aux agences d'affaires que sont certaines Cies d'assurances.

Justice de paix du XIe arr. Paris, 25 mai 1904.

Attendu qu'un contrat de ce genre (contrat entre un médecin et une Cie pour soigner à forfait tous les accidents au prix de 10 fr.) basé sur une cause illicite contraire et à l'ordre et à l'esprit de la loi de 1898 serait sans aucune valeur (art. 4 de la loi du 9 avril 1898, art. 1108 et 1126, 1133 et 1172 du code civil) ;

Attendu qu'il est inadmissible, quelle que soit sa misère ou sa détresse, qu'un médecin puisse accepter de traiter à forfait pour dix francs un blessé du travail ;

Attendu qu'accepter un contrat semblable comme valable et régulier ce serait faire échec à la loi du 9 avril 1898, art. 30 ; ce serait faire insulte au corps médical ; ce serait mettre à la merci des sociétés d'assurances sans scrupules,

Pour les indications, doses et formes pharmaceutiques, voir l'annonce page V des annonces.

de malheureux blessés, et laisse les sociétés imposer un véritable pacte de famine aux médecins qui soignent des victimes du travail.

Tribunal de paix du XIXe. Audience du 24 février 1904.

Dr F... de B... contre W... et P... et Cie.

Mais attendu que la vérité est que W... s'est adressé tout d'abord au Dr F.., de B... ; que c'est seulement dans les jours suivants que le médecin de la Compagnie d assurances s'est présenté au domicile de W... sans avoir été appelé par ce dernier : que ce médecin a agi contrairement aux règles professionnelles en envoyant le blessé au service médical de la Cie d'assurances, alors qu'il n'ignorait pas que ce dernier avait son propre médecin ;

Attendu qu'il y avait là véritable tentative de détournement de clientèle ;

Condamne le patron.

Les juges français ne sont pas seuls à condamner ces pratiques. Voilà ce qu'en pensent les juges de la Belgique :

Attendu que ces mêmes médecins acceptent généralement la rétribution de leurs soins à forfait, ce qui est contraire aux règles professionnelles. (Trib. Bruxelles, 1902.)

Les magistrats ne sont pas seuls à penser ainsi. Voici en effet l'opinion de quelques députés :

« Nul d'entre nous ne peut approuver ni recommander les combinaisons faites entre les Compagnies d'assurances et certains médecins en vertu desquelles on paye un abonnement d'un chiffre généralement peu élevé pour tous les accidents quelle qu'en soit la gravité. » (Ricard, *Officiel*, 24 mai 1901, page 1121.)

L'opinion de toutes ces personnes étrangères à la médecine et par conséquent impartiales est à retenir et elle concorde, du reste, à l'avis de toutes les Sociétés médicales :

« Vous protestez contre le système d'abonnement, par lequel les Compagnies d'assurances organisent leur service médical dans les communes. Il est immoral. » (*Officiel*, 24 mai 1901, page 1120.)

« Les ententes entre médecins et Compagnies d'assurances n'ont pour but et pour résultat : 1° que de porter une atteinte évidente au droit, pour l'ouvrier, de choisir son médecin ; 2° d'enlever des clients aux confrères en mettant, en quelque sorte, la clientèle en sous-enchères. ». (Grasset, rapp. sur la déontologie au Congrès de 1900, p. 311.)

« La médecine au rabais est absolument condamnable quand elle constitue un moyen d'enlever des clients aux confrères. » (Grasset, rapport au Congrès, page 311.)

« La continuation de l'abus commis par les médecins des Compagnies d'assurances est formellement antidéontologique, antisyndicale. Si bien que s'il se prolongeait, il y aurait lieu de blâmer dans nos Sociétés de défense ceux qui se procurent une clientèle avec l'argent qu'ils font perdre à leur cosyndiqués. » (Sou médical, 31 août 1902.)

« Les Syndicats ont le devoir de résister au remaniement de notre clientèle qui résulterait des monopoles des médecins de Compagnies. » (Salomon, rapport au Congrès, page 552).

Sans commentaires.

Comment on est nommé médecin de Cie.

La *Vie médicale* de février 1905 publie les réflexions suivantes de M. Mazel sur le recrutement des médecins de Cie.

« Au sujet des médecins de compagnies d'assurances, M. Mazel se plaint qu'en province le médecin est choisi par l'agent local et remercié pour les causes les plus futiles ou les motifs les plus bas. Que le portefeuille change de titulaire, le médecin se voit évincé au profit d'un confrère quelconque. Bien plus, ajoute M. Mazel, tout agent peut faire nommer le premier venu : il s'inspirera pour son choix non des intérêts dont il a la sauvegarde, mais des menus avantages que lui consentira quelque docteur arriviste ou besogneux. Il acceptera du médecin de son choix une prime sur chaque sinistre, un cadeau ou plus simplement les soins gratuits pour lui et pour sa famille. »

Le Dr Eltebani nous écrit : Il existe rue Richelieu une Cie d'assurances qui donne ordre à tous ses assurés d'envoyer les blessés au dispensaire et défense de les envoyer au médecin de quartier. Un étudiant fait le service. Cet étudiant est le gendre d'un administrateur qui attend qu'il ait ait passé sa thèse pour le nommer médecin du dispensaire.

Imprudence.

En présence de cette réprobation générale, il nous semble que les amis des assureurs sont plutôt imprudents en venant attaquer les sociétés de défense des blessés, et les médecins indépendants dont le dévouement attire les blessés à leur consultation. Le seul moyen de faire cesser ces abus se trouve dans la suppression du service médical des Cies.

C'est d'autant plus regrettable que ces Cies aient droit d'avoir un service médical, qu'elles exercent une action néfaste sur quelques médecins membres du parlement, qu'elles détournent du mandat qui leur a été confié par leurs électeurs, pour les prendre comme médecins chargés de représenter des Cies d'assurances auprès des experts, qui peuvent être ainsi influencés par les titres de député ou de sénateur de ces médecins représentant les Cies d'assurances.

Nous en trouvons la preuve dans un extrait d'une expertise médicale du Tribunal de paix de Longjumeau en date du 19 octobre 1903 : « Le blessé s'est présenté à mon cabinet le 14 octobre et en même temps que lui le Dr P..., sénateur du département de ...., conseiller général et mandataire du Syndicat de garantie. représentant le patron. » Que pourrait devenir l'impartialité d'un expert qui se serait laissé intimider !!

Il est évident aussi que lorsque seront de nouveau discutées devant les Chambres les mesures de contrôle à prendre contre les Cies, ces médecins sénateurs ou députés n'auront peut-être pas leur entière liberté pour voter des articles de loi de nature à diminuer les bénéfices des Cies qui les emploie. Il a paru à plusieurs esprits éclairés qu'il en avait été ainsi, lorsqu'il s'est agi de voter le prix de journée que les Cies devaient payer aux hôpitaux. C'est peut-être pour cela que les Cies ne sont tenues de verser qu'une partie des frais faits par les hôpitaux pour soigner les blessés du travail.

Dr Ch. DIVERNERESSE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Contagiosité de la tuberculose.

Il y avait trop longtemps que l'on proclamait partout et sur tous les tons la contagiosité de la tuberculose ; maintenant que le public y croit et commence même à réclamer lui-même la désinfection des locaux où a séjourné un tuberculeux, plusieurs auteurs, et non des moindres, essaient de saper l'édifice de la contagiosité et affectent de nier cette contagiosité. Dans une récente séance de la Société du IXe arrondissement de Paris, M. le Dr LEGENDRE s'est efforcé de combattre ces innovations paradoxales et de montrer leurs dangers.

« Nul ne peut et ne veut nier que le surmenage, la vie confinée, l'alimentation insuffisante, sont des facteurs puissants de tuberculisation et rendent le terrain favorable au développement du bacille de Koch, que ce bacille étant très répandu, on est toujours exposé à son agression du moment où on est devenu prédisposé.

« J'accorde volontiers à ceux qui attaquent la contagiosité, sous prétexte qu'on peut expliquer sans elle le développement de la tuberculose, que la lutte sociale contre cette maladie bénéficiera des mesures prophylactiques visant l'amélioration du terrain humain telles que les ont exécutées les Anglais, en améliorant les logements insalubres, en faisant pénétrer partout l'air et la lumière, en élevant les salaires des ouvriers, pour améliorer leur alimentation, plus encore que des prescriptions qui s'efforceraient uniquement de détruire les crachats bacillifères.

« Mais l'un n'empêche pas l'autre !

« La lutte par l'amélioration du terrain envisagée de haut, au point de vue social, est un problème d'économie politique et de sociologie que les législateurs et les pouvoirs publics seuls peuvent résoudre et qui a été posé de tout temps. Mais la lutte en faveur de la propreté autour du malade, de la désinfection et des autres mesures qui visent la destruction du bacille, c'est la notion nouvelle que les médecins ont acquise depuis les travaux de Villemin et de Koch et dont ils doivent faire bénéficier les malades.

« Notre devoir est de faire comprendre au phtisique et à ceux qui l'entourent que, si la contagion est toujours possible, elle est facilement évitable par des moyens simples, que les crachats et la salive surtout, les selles et les urines accessoirement, sont les vecteurs des bacilles, que par conséquent il n'est pas dangereux de respirer le même air qu'un tuberculeux, pourvu qu'il se serve de crachoirs bien tenus, qu'on désinfecte ses mouchoirs, que la propreté règne dans les water-closets comme à table et à la cuisine ; il faut insister sur ce fait que les enfants sont particulièrement exposés à se laisser contagionner et doivent être tenus autant que possible éloignés des tuberculeux cracheurs.

« Ce sont là des conseils qui, donnés à propos, *avec conviction, mais sans exagération*, rendront, j'en suis convaincu, de grands services, quand l'éducation du public sera faite (et elle se fait) à cette double condition :

1° Que les contagionnistes n'exagèrent pas les dangers de la contagion, en proposant l'isolement inhumain, irréalisable et illusoire des tuberculeux ;

2° Que les anticontagionnistes n'ébranlent pas la confiance du public par des critiques qui rappellent celles qu'ont fait entendre si longtemps et que reprennent de temps en temps les adversaires de la vaccination. »

La gastro-entérite infantile.

Le nourrisson est particulièrement prédisposé à la gastro-entérite, qui est le principal facteur de l'énorme mortalité du premier âge. Comme l'a dit M. Marfan, cette prédisposition tient à ce que l'enfant naît avec un tube digestif inachevé, capable de digérer seulement un aliment spécial préparé par la nature, le lait, et d'ailleurs mal défendu contre l'infection et l'intoxication.

L'éminent praticien divise les causes efficientes en quatre groupes :

Ce sont d'abord les gastro-entérites dyspeptiques résultant d'une élaboration vicieuse de la matière alimentaire, soit parce que l'enfant a été suralimenté, soit parce qu'il a reçu trop tôt ou sans discernement des aliments autres que le lait, d'où développement d'une intoxication et d'une infection endogène. Ce sont ensuite les gastro-entérites infectieuses primitives (infections ectogènes), qui succèdent à l'introduction de bactéries par la voie buccale, le lait de vache en étant le plus souvent le vecteur. Enfin la gastro-entérite peut reconnaître une origine toxique ou bien être secondaire à une maladie infectieuse.

D'autre part, les recherches bactériologiques ont montré combien variée est la flore intestinale chez l'enfant au biberon et combien abondantes sont les substances fermentescibles.

De ces données succinctes, il résulte, tant pour le traitement que pour la prophylaxie de la gastro-entérite, deux indications capitales :

1° Combattre ou empêcher les accidents toxiques par une alimentation mieux choisie, mieux réglée, plus rationnelle (ici interviendront selon les cas la diète hydrique, l'usage du babeurre, etc.) ;

2° Mettre l'intestin à l'abri des fermentations anormales et des pullulations microbiennes par une antisepsie intestinale énergique, tout en n'étant point irritante pour une muqueuse fragile.

Pour répondre à cette indication, il est un agent médicamenteux dont les faits cliniques viennent unanimement prouver l'efficacité puissante : c'est le goménol, essence végétale pure qui, en se basant sur le tableau de Miquel, prend place parmi les substances très fortement antiseptiques et qui de plus, présente, même sur celles dont la puissance lui est inférieure (thymol, phénol) les avantages de la non-toxicité et de la non-causticité.

Le mode d'administration qui assure les résultats les plus constants et les plus rapides — au point de juguler généralement en 48 heures l'entérite la plus alarmante — est de recourir à la voie rectale, en combinant les lavements d'eau goménolée (à 2 gr. %) et d'huile goménolée (à 50 %). On procède, deux à quatre fois par 24 heures, à

de petits lavages de l'intestin avec de l'eau goménolée, et on les fait suivre de lavements de 3 à 5 cent. cubes d'huile goménolée à 50 %, envoyés assez profonds pour être gardés.

Qu'il s'agisse de catarrhe intestinal ou d'entérite infectieuse, ce traitement que, bien entendu, l'on associera au régime convenable, est, nous le répétons, d'une surprenante efficacité : on voit les selles perdre leur coloration verte caractéristique et diminuer de fréquence ; on voit rétrocéder les symptômes généraux, tels que la fièvre, les phénomènes nerveux, les modifications urinaires ; bref, l'infection s'atténue de façon progressive et rapide, les fermentations exagérées cessent, et, de pathologique, la flore de l'intestin redevient normale.

Le goménol peut encore être administré d'une autre façon, que d'aucuns préfèrent : c'est de le mélanger directement au lait, que doit ingérer l'enfant. Deux à quatre gouttes de goménol pur par biberon sont une dose suffisante. Le lait doit être pur et écrémé. On sait qu'un procédé analogue a été préconisé par le Dr H. de Rothschild, qui acidifie le lait en l'additionnant d'acide lactique. Le goménol, dont les effets sont tout aussi favorables, a l'avantage d'agir à moindre dose et d'être d'un emploi plus facile.

Enfin, s'il s'agit de troubles gastro-intestinaux survenant chez des enfants nourris au sein, il est un moyen précieux et particulièrement simple d'utiliser son action : c'est de faire prendre à la nourrice des capsules de goménol ou des glutinules d'huile goménolée. Le médicament, en s'éliminant par la sécrétion mammaire, est ainsi porté dans le tube gastro intestinal de l'enfant et le débarrasse des poisons qui l'encombrent.

Sous quelque forme qu'il soit administré, le goménol répond donc à toutes les conditions d'une active antisepsie interne. S'il se montre supérieur à tant d'autres médications, c'est qu'il n'est point un produit de synthèse, mais, au contraire, un médicament simple, recueilli tel que la nature le produit, et, par suite, ne se prêtant, dans l'intimité de l'organisme, à aucune métamorphose chimique qui en puisse atténuer les propriétés natives.

Traitement des plaies par écrasement de la main.

M. le Dr Lejars indique, dans un article de la *Revue des accidents du travail*, la manière dont il conçoit le traitement des plaies par écrasement de la main.

Se basant sur le principe fondamental que les suites d'une blessure dépendent presque toujours du premier pansement et du premier traitement, il se montre hostile à la méthode de la conservation et du hasard que l'on applique trop généralement. Il conseille donc de pratiquer l'anesthésie générale du blessé et de lui appliquer la bande d'Esmarch.

« Tout d'abord, dit-il, on procède à la détersion de la région traumatisée. C'est bien une détersion ; car, en pratique, il est ridicule de croire qu'on désinfecte réellement une main d'ouvrier ; il y aurait même quelque danger à se l'imaginer. Et de là procèdent un mode plus rationnel et une pratique meilleure de cette détersion immédiate. Lave-t-on à grande eau, fût-ce avec les antiseptiques de renom, une main blessée et broyée, imprégnée de la souillure « chronique » du travail et des souillures récentes du traumatisme, que, nécessairement, on infecte un peu plus, ou beaucoup plus le foyer même de la plaie ; suivant l'expression de M. Schiele, après ce commun et indistinct savonnage, la main est un peu plus propre, mais elle n'est pas propre ; quant à la plaie, elle est devenue plus sale. Qu'on prenne donc soin de couvrir et de protéger d'abord cette plaie avec une compresse de gaze stérile, et que la détersion commence par ses bords, pour s'étendre ensuite à la zone ambiante ; que ce soit, d'abord, un nettoyage « du plus gros », avec des tampons imbibés d'éther ou de benzine, qui frottent et décapent la peau, en dissolvant les graisses ; la solution savonneuse chaude vient ensuite, toujours appliquée de la même façon, avec les tampons ou la brosse, de place en place, sans « inondation », puis l'alcool ; besogne longue et minutieuse, je le repète, mais qui ne vaut que par là. — Quant à la plaie, on ne la lave pas, on ne la brosse pas, on ne la frotte pas : avec la pince et la compresse, on extrait les corps étrangers, les débris de toute nature, qui la recouvrent, et l'on procède à une revision successive de tout le foyer. Avec la pince, toujours, et les ciseaux, on soulève, on dégage et l'on excise les lambeaux broyés, noirâtres, flétris, les haillons de tissus, isolés et sans pédicule, les fragments osseux sans attaches ; bien entendu, il ne saurait être question d'amputation, ni de désarticulation régulière, au sens de l'école : ce serait aller tout au rebours de l'esprit même de la méthode : mais, on n'hésite pas à faire tomber une phalange qui ne tient presque plus, un doigt écrasé, à toutes jointures ouvertes, qui ne sera jamais, dût-il survivre, qu'un doigt raide, douloureux et nuisible. On fait de la conservation, mais de la conservation « fonctionnelle » autrement dit, guidée par le sens des résultats définitifs utiles et l'expérience qui ressort de la pratique journalière. On ne se préoccupe pas trop d'être économe de la graisse, du muscle et même des os ; ce qu'il convient de garder avec un soin extrême, ce qui ne se « remplace » pas, c'est la peau et les tendons ; encore ne gagnerait-on rien, tout au contraire, à ne pas exciser d'emblée un tendon arraché à son insertion, effrité, effiloché, et fatalement voué au sphacèle. Ailleurs se posera la question de la suture tendineuse primitive, qu'on ne résoudra pas toujours affirmativement, s'il est possible, par l'attitude donnée à la main ou aux doigts, de réaliser un rapprochement suffisant et d'éviter des manœuvres primitives plus complexes. Quant à la peau, bien détergée, bien avivée, elle se prêtera, plus souvent qu'on le croirait, à une réunion qui, sans doute, ne sera et ne devra jamais être complète, mais qui, même limitée aux angles, préviendra la rétraction et dirigera le processus de cicatrisation définitive et de « rhabillage » cutané. Et ce rhabillage est presque aussi important que la conservation de la mobilité articulaire : ne voyons-nous pas tous les jours ce que valent, à l'usage, les revêtements cicatriciels fibreux des moignons de la main, toujours minces, lisses, rougeâtres, douloureux et ulcérés, au moindre frottement rude ?

« La bande d'Esmarch étant alors retirée, on procédera à l'hémostase, à ciel ouvert, dans une plaie nette, et si l'on perd un peu plus de sang, cela vaudra mieux, à tout prendre, lors des bles-

sures artérielles importantes, que de courir le risque des hémorragies ultérieures. On drainera très largement, avec des drains, avec des lanières de gaze, et l'on fera un pansement stérile, bien enveloppant. Il va sans dire qu'une surveillance rigoureuse sera de nécessité dans les jours qui suivront; mais, de par l'examen minutieux et intégral qui vient d'être fait, le chirurgien connaît bien sa plaie, il en sait les points faibles, les zones suspectes et dangereuses, il pourra prendre, en meilleure connaissance de cause, les mesures locales utiles et parer aux complications menaçantes.

« Il y aurait quelque péril, sans doute, à vouloir généraliser cette méthode, à la conseiller à tous et partout : elle exige de l'expérience, du sens pratique, une technique sûre ; mais, employée avec la prudence nécessaire et dans de bonnes conditions, elle est excellente et recommandable, et la gravité fonctionnelle des traumatismes de la main est trop connue, pour qu'on hésite à se donner la peine de ces opérations complexes. »

Le Lactagol, nouveau galactogène.

On donne le nom de lactagol à un extrait de cotonnier qui jouit de la propriété de stimuler la fonction galactogène. M. le Dr Barlerin, de Paris, a fait un assez grand nombre de recherches et d'analyses qui démontrent péremptoirement l'influence de l'ingestion d'extrait de graines de cotonnier sur la qualité de la sécrétion lactée

« Cette amélioration de qualité a porté principalement sur le taux des matières grasses et des matières albuminoïdes ; la proportion de beurre contenue dans le lait a augmenté en moyenne de 18 grammes par litre, soit 50 p.100 de la quantité préexistante avant l'expérience.

« Pour la caséine, cette augmentation de poids a varié de 5 à 7 grammes en moyenne, soit également, un accroissement de 48 p. 100, comparativement au poids de caséine existant antérieurement.

« Il semble donc résulter de ces expériences, qu'en faisant prendre aux femmes qui allaitent de l'extrait de graines de cotonnier, en petite quantité, on peut augmenter d'une façon assez considérable les quantités du beurre et de la caséine contenues dans ce lait.

« Les conséquences de cette constatation sont des plus importantes. Les médecins sont tous d'accord, aujourd'hui, pour affirmer que l'allaitement artificiel est une des causes de la mortalité infantile considérable qui sévit en France et notamment dans certaines grandes villes. S'il est vrai, comme l'a dit M. le Dr Budin, que la meilleure Goutte de lait est celle que l'enfant trouve au sein de sa mère, encore est-il nécessaire que le lait de la mère soit suffisant pour nourrir l'enfant ; l'extrait de graines de cotonnier semble donc pouvoir rendre possible, dans la plupart des cas, cette forme naturelle de l'allaitement que les circonstances sociales entravent malheureusement si souvent.

« Par contre, il ne faut pas oublier que si le lait pauvre en beurre et caséine est un danger pour l'enfant qui n'y trouve pas une nourriture suffisante, le lait trop riche en caséine et surtout en matières grasses est également un danger non moins grave pour l'enfant, car il peut provoquer l'embarras gastrique et intestinal, avec ses conséquences.

« L'extrait de cotonnier est un agent qui paraît actif, et qui, par conséquent, ne doit pas être employé sans guide et sans méthode ; le médecin devra toujours surveiller ses effets, et par la pesée et l'examen répété de l'enfant, graduer ou même interrompre son usage lorsque l'effet salutaire aura été produit : » (Rapport du prof. Gilbert à l'Académie.)

M. le professeur Charles, de Liège, confirme les résultats obtenus par M. Barlerin.

« Il y a, dit-il, un immense intérêt à ce que toutes les mères nourrissent leur enfant, si possible, puisque c'est le meilleur moyen d'éviter la gastro-entérite si fatale aux bébés.

« Certaines femmes malheureusement n'ont pas de lait du tout, ou n'en ont pas assez, ou ont un lait trop faible.

« Nous avons essayé tous les moyens préconisés pour augmenter la sécrétion lactée en quantité et en qualité, spécialemnnt le *galéga* et la *placentose* autour de laquelle on a fait tant de bruit il y a peu de temps, Le résultat a toujours été nul ou insignifiant.

« Nous avons commencé nos expériences avec le lactagol (extrait de graines de cotonnier) il y a environ six mois avec beaucoup de scepticisme.

« Depuis lors, nous avons constaté dans un très grand nombre de cas l'efficacité non douteuse, et le plus souvent remarquable, de ce nouveau galactogène »

Le diabète infectieux n'est pas contagieux.

D'après une communication du Dr Déléage, de Vichy, au congrès de Lisbonne, les recherches expérimentales de Charrin, de Topfer, etc., confirmées par l'observation clinique, tendent à démontrer que des agents infectieux endogènes, d'origine intestinale, pénétrant dans le canal pancréatique, peuvent provoquer la glycosurie e le diabète.

D'autre part, certains troubles digestifs déterminent, surtout chez les gros mangeurs, chez les dyspeptiques à fermentations anormales, une congestion du foie et des lésions des cellules hépatiques : il y a dans le premier cas hyperactivité, dans le second cas, insuffisance fonctionnelle de la glande ; la conséquence de l'une et de l'autre est souvent une glycosurie pouvant, par sa continuité, devenir un diabète vrai.

Il s'agit encore ici, comme dans le cas d'infection du canal pancréatique, d'un diabète par infection gastro-intestinale ascendante.

Il y a donc des cas de diabète infectieux.

Mais, qui dit infectieux, ne dit pas nécessairement contagieux. L'idée de contagion implique un agent infectieux microbien exogène. Or, l'existence de cet agent spécifique du diabète n'est rien moins que vraisemblable, à preuve la rareté du diabète, chez des sujets habitant ensemble, voire chez des conjoints.

De la constatation du diabète chez deux personnes vivant ensemble, ayant les mêmes prédispositions héréditaires, diabétiques ou hépatiques, avec la même alimentation, les mêmes goûts, soumises aux mêmes conditions d'hygiène, on n'est pas plus en droit de conclure à la contagion du diabète qu'on est en droit d'admettre la

contagion de la goutte, du rhumatisme chronique, des névralgies, de la lithiase biliaire et de certaines affections nerveuses ou cardiaques organiques, parce que l'on voit parfois ces maladies coexister chez deux conjoints.

L'hypothèse de la contagiosité du diabète est infirmée par le petit nombre de cas de diabète observés chez des sujets habitant ensemble, comparativement à la fréquence des cas isolés. En effet, sur 600 diabétiques que nous avons observés, 85 0/0 sont ou ont été mariés. Or, sur ce total de 510 diabétiques mariés, nous n'avons observé que 16 cas de diabète à deux, c'est-à-dire 8 sujets chez lesquels on aurait pu incriminer la contagion par le conjoint, proportion bien faible en réalité et qui ne permet guère de conclure à la contagion du diabète.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

THÉRAPEUTIQUE

De l'entéroclyse médicamenteuse dans le traitement de l'entérocolite à fausses membranes.

Depuis l'apparition du thigénol dans la thérapeutique actuelle, beaucoup d'auteurs ont publié sur ce médicament des travaux cliniques fort importants. Tout récemment encore, M. le Dr Wassilieff (1), dans une longue étude dont *Le Concours médical* (2) a donné l'analyse, cherchait à tirer ce remède du domaine purement gynécologique dans lequel nous l'avions enserré jusqu'à ce jour. Il montrait, par de nombreuses observations personnelles, de qu'elle importance sont les propriétés analgésiques, résolutives et kératoplastiques du thigénol, non seulement pour les affections métritiques et annexielles, mais aussi pour les ulcères variqueux, les brûlures, les hémorroïdes, les fissures anales, etc. M. le Dr Wassilieff est un chirurgien, et l'on comprend que son attention ait été plus spécialement attirée sur les affections chirurgicales.

Mais il est une maladie très commune, très tenace, sur laquelle nous avons peu de prises, et qui se trouve aussi très nettement influencée par le thigénol. Nous voulons parler des entérites chroniques, et spécialement de l'entérocolite mucomenbraneuse.

Déjà il y a 7 mois (3), nous indiquions aux médecins ce nouveau traitement. Car, en nous appuyant sur des observations personnelles et sur des faits cliniques que le Dr. Robin-Massé, chirurgien de l'Hôpital Péan, avait bien voulu nous fournir, nous insistions sur les effets décongestifs, analgésiques, antiglaireux des lavements thigénolés.

Depuis lors, nous avons systématiquement traité tous les cas d'entérite chronique soumis à notre examen par cette médication, et les nouveaux résultats n'ont fait que confirmer en les précisant encore, nos précédentes affirmations. Aussi, pour compléter le travail du Dr Wassilieff et pour être utile aux praticiens, qui n'ont pas songé à utiliser ce traitement, nous tenons à donner ici de plus amples renseignements sur cette nouvelle voie de la médication thigénolée.

Et d'abord nous ferons remarquer que, pour mieux apprécier l'action du remède sur les lésions locales, nous avons presque toujours laissé de côté le traitement général de l'entérite glaireuse, tel que la médication antispasmodique, l'hydrothérapie, etc. Nous avons seulement donné les indications les plus importantes du régime alimentaire, et notre intérêt s'est alors porté sur les symptômes bien connus de cette affection: la douleur, les glaires, la diarrhée, la constipation et les fausses membranes.

Or, dès à présent, il importe de dire que les résultats obtenus ont toujours été remarquables, car beaucoup de malades qui avaient jusqu'alors suivi plusieurs autres traitements, ont seulement été soulagés par cette nouvelle médication.

Notre méthode thérapeutique repose comme les autres sur l'entéroclyse. Mais il s'agit ici de lavages médicamenteux modificateurs des tissus, et nous utilisons dans ce but le thigénol.

Après avoir formulé :

Thigénol....................	50 gr.
Eau distillée............	150 gr.

nous faisons mettre une à deux cuillerées à soupe de ce mélange dans un litre d'eau à 35°. Le malade couché horizontalement fait passer dans l'intestin cette quantité de liquide, en utilisant une longue et flexible canule adaptée au bock laveur, placé à 60 centimètres au-dessus de lui.

Il est bien entendu que tout d'abord le malade a pris un lavement évacuateur à l'eau bouillie ; et il est indispensable aussi que les côlons conservent pendant 10 minutes environ, une certaine quantité d'eau thigénolée. Ainsi le remède peut utilement exercer son action sur tous les éléments de la muqueuse enflammée.

Ces lavages thigénolés doivent être faits d'abord tous les jours pendant une semaine environ puis tous les 2 ou 3 jours, et enfin de loin en loin pour maintenir les bons résultats obtenus.

Donc, pas de purgatifs, pas de laxatifs, pas d'agents antiseptiques, mais uniquement l'entéroclyse au thigénol.

Pour mieux faire apprécier l'action du traitement que nous préconisons, nous pourrions citer ici de nombreuses observations cliniques. Mais comme elles ont beaucoup d'analogies, il nous suffira de décrire les 3 faits suivants :

Obs. I. — Employé de bureau, 38 ans, neuro-arthritique.

Ce malade, après plusieurs années de constipation habituelle, a été pris de violentes coliques, accompagnées d'une expulsion considérable de glaires. Il a depuis plusieurs mois une diarrhée presque journalière et toujours douloureuse.

Parfois, la constipation reparaît pendant 2 ou 3

(1) *Journal de médecine interne*, n° 5, 1906.
(2) Voir le n° 21, 1906.
(3) *Les Archives générales de Médecine*, n° 50, 1905

jours, et pendant cette période les douleurs sont beaucoup moins vives. Mais bientôt les crises recommencent et se terminent par l'expulsion de selles glaireuses mal odorantes avec peu de fausses membranes.

Depuis longtemps, les digestions gastriques sont difficiles, et à plusieurs reprises ce malade a présenté de véritables symptômes d'empoisonnement d'origine intestinale.

L'abdomen est légèrement globuleux. La pression sur le côlon transversal et plus particulièrement sur l'angle de réflexion avec le côlon descendant est pénible. Cette partie du gros intestin est très facile à délimiter. Elle est volumineuse et douloureuse. Beaucoup de gargouillements dans les fosses iliaques gauche et droite. Mauvais état général.

Traitement. — Tout d'abord, lavages évacuateurs quotidiens à l'eau bouillie tiède. Ces lavages ramènent des scybales et des glaires. Puis lavages thigénolés pendant 6 jours, à raison de 2 cuillerées à soupe de la solution indiquée pour un litre d'eau chaude. Le malade conserve pendant 10 minutes à 1[4 d'heure une grande partie de ce lavement. Quand il l'évacue, il constate chaque fois un écoulement considérable de glaires. Elles sont beaucoup plus nombreuses qu'à la suite du lavement évacuateur. Les lavements thigénolés sont indolores.

Les 4 premiers lavages ont toujours amené cette expulsion considérable de mucus. Mais au bout du 6e jour, les douleurs quotidiennes n'existaient plus et les glaires, maintenant sans odeurs, avaient beaucoup diminué.

Dès ce moment, lavages thigénolés tous les deux jours. Persistance de l'amélioration.

A la fin de la seconde semaine, les glaires avaient complèment disparu, l'état général était meilleur et le malade avait des digestions plus faciles.

A partir de ce moment, les lavages ont été continués tous les 4 jours, puis tous les 8 jours. Les résultats se sont maintenus, la constipation avait cessé les douleurs n'avaient pas reparu et, pour un certain temps du moins, ce malade était tout à fait amélioré.

Obs. II. — Femme de 27 ans, arthritique. Trois heures environ après chaque repas, cette malade est prise de violentes douleurs et d'une abondante diarrhée nauséabonde. Elle suit pourtant un régime alimentaire, pas de viande, beaucoup d'œufs et de féculents. Depuis une semaine, son affection s'est subitement aggravée, car il y a plusieurs crises de diarrhée par jour avec, chaque fois, expulsion très douloureuse de glaires en quantités variables. En même temps, signes de métrite avec antéversion.

Cette femme avait été soumise pendant un certain temps au traitement de l'hyperchlorhydrie, mais sans résultats, car il s'agissait bien d'une entérite chronique glaireuse.

Traitement. — Nous avons donc ordonné, chaque jour, les lavements thigénolés à raison de deux cuillerées du mélange indiqué.

En 8 jours seulement cette femme a été complètement rétablie. Tout d'abord, les douleurs disparurent, puis la mauvaise odeur et enfin les glaires. Les fonctions intestinales s'étaient normalement rétablies et cette femme accompagna, 3 semaines plus tard, son mari qui partait au régiment accomplir une période de 28 jours. A ce moment l'affection n'avait nullement reparu.

Dans ce cas, les effets du thigénol ont été absolument remarquables.

Obs. III. — Femme de 43 ans, névropathe. Crises douloureuses très vives sur le trajet du côlon ascendant et transversal. Alternatives de constipation et de diarrhée avec expulsion de glaires et de fausses membranes. Les glaires sont particulièrement abondantes. Ces expulsions sont très douloureuses. et les souffrances cessent immédiatement après. Mais, dès le lendemain, la sensibilité des côlons a reparu. Elle atteint son maximum le soir, vers 10 heures, quand la malade se couche. Le décubitus dorsal est beaucoup plus douloureux que le repos sur le côté gauche. Sablose intestinale depuis fort longtemps.

Traitement. — Lavages thigénolés suivant la méthode indiquée, tous les jours d'abord, puis tous les deux jours. Chaque fois, expulsion considérable de mucus avec quelques débris membraneux. Au bout de 17 jours, il n'y avait ni douleur, ni glaires, ni fausses membranes. La malade n'a plus de diarrhée.

Il reste cependant un certain degré de paresse intestinale. Les lavages thigénolés sont continués ensuite tous les 8 jours, et un régime sévère est prescrit.

Nous pourrions citer encore bien d'autres cas où les lavages thigénolés ont eu sur l'entérite muco-membraneuse des effets bien supérieurs à ceux que l'on obtient avec toute autre médication. Et remarquons qu'il s'agit ici uniquement d'une influence locale très énergique, d'une modification certaine des lésions muqueuses et de l'atonie intestinale. Car, nous le répétons, le traitement général a été laissé de côté et nous pouvons par conséquent mettre sur le compte du thigénol seul, la disparition des douleurs, des glaires, des fausses membranes, de la diarrhée, de la constipation.

Des résultats aussi favorables nous ont alors incité à utiliser aussi le thigénol dans l'entérite sans glaires et sans fausses membranes, dans l'entérite s'accompagnant uniquement de constipation opiniâtre.

Obs. IV. — Marchand de vins, de 58 ans, alcoolique.

Mauvais état digestif, constipation habituelle. Prostatite chronique. Douleur sourde, mais constante de tout l'abdomen, douleur vive à la pression sur le côlon descendant qui est nettement appréciable au palper. Pas de glaires, pas de fausses membranes.

Des lavages thigénolés à raison d'un seul tous les jours pendant une semaine ont établi la fonction intestinale et complètement effacé les douleurs.

Tels sont les résultats fournis par l'entéroclyse au thigénol. Ils sont, à notre avis, tout à fait remarquables et nous demandons aux praticiens s'ils connaissent un moyen aussi efficace pour faire disparaître rapidement le syndrome clinique de l'entéro-colite.

Si maintenant nous cherchons à expliquer cette influence, nous devrons. ici. comme en gynécologie, faire appel aux propriétés puissamment résolutives du thigénol. Qu'il exerce sur les contractions douloureuses de l'intestin un pouvoir

analgésique ; qu'il modifie les lésions muqueuses par ses vertus kératinisantes ; cela nous semble incontestable. Mais surtout, en décongestionnant les glandes muqueuses, en déterminant cette exsudation considérable que nous affirment nos observations, le thigénol diminue, guérit cet état d'hypersécrétion glandulaire chronique se traduisant par les glaires et les fausses membranes.

Il ne peut s'agir ici d'une action simplement mécanique, car alors n'importe quels lavages amèneraient les mêmes résultats. Il ne peut s'agir seulement d'une action excitante directe sur l'atonie intestinale, car tous les lavements chauds peuvent agir par cette excitation.

Il s'agit avant tout d'un effet résolutif considérable sur tous les éléments phlegmasiés de la muqueuse colique. Et de même, en effet, que les ovules de thigénol font disparaître la leucorrhée, en décongestionnant l'utérus, de même les lavages thigénolés font disparaître les glaires, la diarrhée, les fausses membranes concrétées, par une décongestion intestinale analogue.

Ce retour de la muqueuse à son état normal peut expliquer dans une certaine mesure l'atténuation de la constipation, car du moment que les côlons sont débarrassés des scybales et des mucosités qui les obstruent, il leur est plus facile de retrouver leur contractilité.

Mais à côté de ces nombreuses influences, il faut remarquer aussi l'action désodorisante du thigénol sur les selles diarrhéiques. Faut-il attribuer ce résultat aux évacuations plus complètes de l'intestin ou à une propriété particulière du thigénol, à son action antiseptique ? Les deux influences agissent contrairement, et ce fait acquiert une réelle importance, car il annonce que les lavages thigénolés doivent s'opposer dans une certaine mesure aux intoxications d'origine intestinale.

Si l'on remarque, en outre, que les lavages thigénolés n'ont aucune toxicité, aucune action irritative sur l'intestin, on comprendra pourquoi nous préconisons nettement l'emploi du thigénol pour le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Dr M. Nigoul,
Médecin en chef du dispensaire de la Préfecture de la Seine.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La blessé a le droit de poursuivre directement la Cie en cas d'insolvabilité du patron assuré. Le tarif officiel n'est applicable qu'aux accidents postérieurs à la mise en vigueur du tarif du 8 nov. 1905

Le 15 Décembre 1905.

Jugement Arnal contre « La Préservatrice ».

Extrait des Minutes du Greffe de la justice de Paix du canton de Vincennes, département de la Seine.

Le Tribunal de la justice de Paix du canton de Vincennes, département de la Seine,

Dans son audience publique du quinze décembre mil neuf cent cinq,

Tenue en la salle ordinaire des séances, sise à Vincennes, rue Lejemptel, numéro un, hôtel de l'Ancienne-Mairie.

A une heure et demie de relevée,

A rendu le jugement dont la teneur suit :

Entre :

Monsieur Arnal, demeurant à Saint-Mandé, Grande-Rue, numéro quatre-vingt-un.

Demandeur,

Comparant par M. Hautot, demeurant à Paris, rue serpente, numéro vingt-huit,

Son mandataire, suivant pouvoir sous signature privée, portant en marge la mention d'enregistrement dont la teneur suit :

« Enregistré à Paris, onzième bureau, le vingt-« trois novembre mil neuf cent cinq Gratis ».

« Le Receveur (signé) Illisible. »

Le dit pouvoir demeuré ci-annexé,

D'une part ;

Et ;

— Premièrement : M. Lemaire, entrepreneur, demeurant à Montreuil-sous-bois, rue d'Alembert, numéro sept ;

— Deuxièmement : M. Laforge, Syndic, demeurant à Paris, rue Saint-André-des-Arts, numéro quarante-sept ;

« Pris au nom et comme syndic de la faillite du « sieur Lemaire. »

— Et troisièmement : La Société d'assurances dite : « La Préservatrice », dont le siège est à Paris, rue de Londres, numéro dix-huit ;

Tous trois défendeurs comparant en personne ;

D'autre part ; (La Société « La Préservatrice » ici représentée par M. Danger, son mandataire suivant procuration notariée passée en l'étude de Me Levillain, notaire à Paris, le dix-huit février mil huit cent quatre-ving-huit.

Point de fait :

Suivant exploit de Me Patin, huissier à Vincennes, en date du cinq décembre mil neuf cent cinq, enregistré, le sieur Arnal a fait citer :

1° M. Lemaire, 2° M. Laforge et 3° la Société « La Préservatrice » à comparaître en personne ou par un fondé de pourvoir spécial (dûment timbré et enregistré), le vendredi quinze décembre prochain, à une heure et demie de relevée (défaut de suite), à l'audience publique et par-devant M. le Juge de Paix du canton de Vincennes, y séant, Hôtel de l'Ancienne-Mairie, pour :

S'entendre condamner solidairement à payer au demandeur la somme de :

— Premièrement : Cent trente-six francs pour soins médicaux et délivrance de certificat donnés à M. Arnal par le docteur Diverneresse, à la suite d'un accident du travail dont il a été victime le dix septembre mil neuf cent quatre, à Montreuil-sous-bois, alors qu'il était au service du sieur Lemaire ;

— Deuxièmement : celle de deux cents francs à titre de dommages-intérêts pour le préjudice causé au réquérant par suite de la résistance injustifiée opposée à sa demande par les défendeurs ;

S'entendre, en outre, condamner aux intérêts de droit et aux dépens.

A l'appel de la cause à l'audience de ce jour, les parties se sont présentées à la barre du Tribunal ainsi qu'il est dit ci-dessus.

Le Demandeur a déclaré qu'il se désistait de son instance contre Lemaire et Laforge ès-noms, mais qu'il persistait dans ses deux demandes contre « La Préservatrice » ;

Cette dernière a prétendu qu'elle ne connaissait par Arnal ;

Que l'assurance n'avait pas été faite par lui, mais par Lemaire, son patron, et qu'elle se refusait formellement au remboursement des honoraires qu'Arnal prétend avoir payés au docteur Diverneresse ;

Que, de plus, ces honoraires sont exagérés et *doivent être basés sur le tarif de mil neuf cent cinq* ;

Qu'il n'est dû à Arnal aucuns dommages-intérêts à l'égard de ce refus.

Le tribunal :

Ouï les parties en leurs explications et conclusions :

Donne acte à Arnal de son désistement à l'égard de : Lemaire et Laforge ès-noms ;

Joignant les deux causes

Attendu qu'Arnal a été victime, le dix septembre mil neuf cent quatre, d'un accident de travail, alors qu'il était au service d'un sieur Lemaire, habitant à Montreuil ;

Que ce dernier était assuré à la Compagnie « La Préservatrice » ;

Qu'en raison de cet accident, les soins médicaux lui ont été donnés par le docteur Diverneresse, de Saint Mandé ;

Que les honoraires de ce dernier se sont montés à : cent trente-six francs.

Que cette somme n'est pas exagérée, eu égard aux soins spéciaux qu'il a fallu donner a blessé ;

Que cette note a été payée directement au docteur Diverneresse par Arnal, ainsi qu'il en est justifié ;

Que, malgré toutes ses réclamations, ce dernier n'a pu en obtenir le remboursement de la part de la Compagnie « La Préservatrice » ;

Attendu que c'est à tort que cette dernière prétend qu'Arnal n'a aucune action contre elle, parce que l'Assurance n'a pas été contractée par lui, mais par Lemaire ;

Mais attendu que toutes les polices d'Assurance sont faites aussi bien dans l'intérêt et du patron et de l'ouvrier, et que leur but humanitaire est de mettre l'ouvrier et sa famille à l'abri de la misère, en cas d'accident ;

Que ce dernier a donc le droit d'agir aux lieu et place de son patron, lorsque celui-ci ne le fait pas, ou ne peut le faire, comme dans l'espèce, Lemaire étant tombé en faillite ;

Que d'ailleurs, aux termes de l'article onze du décret du vingt-huit février mil huit cent quatre-vingt-dix-neuf, édicté en exécution de l'article vingt-six de la Loi du neuf avril mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, il est spécifié qu'aucune clause de déchéance ne pourra être appliquée aux ouvriers créanciers ;

Que la prétention de la Compagnie de faire application du tarif de mil neuf cent cinq, qui fixe les honoraires des médecins, ne peut être admise puisque l'accident d'Arnal remonte au mois de septembre mil neuf cent quatre et est donc antérieur au tarif dont s'agit.

Que la demande d'Arnal, sur ce chef, doit donc être admise.

— En ce qui touche les dommages-intérêts réclamés par Arnal :

Attendu que rien n'établit que la Compagnie d'Assurances ait refusé le remboursement des frais médicaux payés par Arnal pour lasser la patience de ce dernier, et lui faire abandonner sa demande ;

Que le droit de défense est indiscutable ;

Que la compagnie ne peut être blâmée d'avoir défendu ses intérêts ; qu'aucune indemnité ne doit être accordée à Arnal sur ce point.

Par ces motifs :

Statuant en premier ressort :

Condamne la compagnie « La Préservatrice » à rembourser à Arnal la somme de : cent trente-six francs, pour frais médicaux payés par lui, à raison de son accident ;

Le déboute de sa demande en dommages-intérêts ;

Condamne la compagnie aux dépens, dans lesquels ne seront pas compris les frais de citation en dommages-intérêts, qui resteront à la charge d'Arnal.

Les dits dépens taxés à : cinq francs cinquante-cinq centimes, coût de la citation introductive du vingt-et-un novembre dernier, en ce, non compris le coût du présent jugement également à la charge de la compagnie, ainsi que les frais d'exécution s'il y a lieu.

Ainsi jugé et prononcé.

Par M. Ludovic Mérandon, suppléant à M. le Juge de Paix du canton de Vincennes, département de la Seine, momentanément empêché.

Assisté de Maître Fernand Durrieu, commis-greffier.

Les jour, mois et an que dessus.

En la salle ordinaire des séances, sise à Vincennes, rue Lejemptel 1, Hôtel de l'Ancienne Mairie.

Suivent les signatures de M. le juge de Paix suppléant et de son Greffier.

En marge de la minute du présent jugement est inscrite la mention d'enregistrement dont la teneur suit :

« Enregistré à Vincennes, le quatre janvier mil « neuf cent six, Folio cinquante trois, Case dix ; « Gratis. (Loi du neuf avril mil huit cent quatre-vingt « dix-huit.)

« Le Receveur (Signé :) Escallier.,

Pour expédition conforme.

Le Greffier.
Pierre Sortais.

Les honoraires pour soins donnés à un ouvrier, même postérieurement à la consolidation de la blessure et au règlement de l'indemnité, s'il s'agit de suites directes de l'accident, sont à la charge du patron.

Justice de Paix du 7e canton de Lyon

Jugement contradictoire du 22 novembre 1905

Attendu que le docteur X... a fait assigner le sieur Y... (ouvrier blessé) et les sieurs Z..., ses patrons, aux fins de les faire condamner, conjointement et solidairement à lui payer la somme de 100 francs pour prix de soins médicaux par lui donnés au sieur Y... en suite d'un accident arrivé à ce dernier au service des dits Z... ;

Attendu que ces derniers soutiennent ne pas être tenus au paiement par le motif que ces soins ont été donnés à Y... après la consolidation de la blessure et la comparution des parties devant M. le président qui, du consentement des parties, et amiablement, avait fixé le chiffre de la pension annuelle au 30 % de la capacité productive et que dès lors, à partir de la date de cet accord, les obligations ont cessé de leur part et se réduisent à sa seule exécution ;

Attendu que tout d'abord la compétence du Tribunal ne peut être mise en doute, l'article 15 de la loi du 19 avril 1898 sur les accidents attribuant compétence en cette matière d'action, qu'il s'agit seulement d'examiner si cette action est dans l'espèce recevable et fondée et contre qui elle doit s'exercer ;

Attendu tout d'abord et en fait qu'il ne peut être sérieusement contesté que les soins donnés à Y... par le docteur X... ont été nécessités par les suites de l'accident arrivé à ce dernier et en vue d'en conjurer les conséquences dommageables ;

Attendu que si bien les parties conciliées par M. le président du Tribunal avaient fixé les conséquences de l'accident au 30 % dû en diminution de la capacité de travail de l'ouvrier, cette fixation n'est pas définitive puisque, aux termes de l'article 19 de la loi de 1898, une action en révision est réservée à l'ouvrier comme au patron, soit en diminution, soit en augmentation de l'indemnité, *et ce à tel point que le titre définitif n'est remis à l'ouvrier qu'après ce délai* ; que, dès lors, soit dans un sens, soit dans un autre, l'accord ou le jugement est soumis, avant de devenir définitif à une condition résolutive, en un mot qu'il n'est pas définitif.

Attendu que l'aggravation ou la diminution de l'incapacité dépendent de diverses circonstances que la victime est intéressée comme le patron à surveiller et à conjurer ;

Que, dans l'espèce soumise au Tribunal, il y avait lieu d'empêcher une aggravation des suites de l'accident dont pécuniairement le patron eût été la première et directe victime ;

Attendu dès lors qu'en se faisant soigner par le docteur X..., le sieur Y... a, aux termes de l'article 1371 et suivants du Code civil, géré l'affaire des pa-

trous, les sieurs Z..., qui, aux termes exprès de l'article 1375 du même Code, doivent l'indemniser de toutes les dépenses utiles qu'il a pu faire;

Attendu que cette application des principes généraux du droit, si bien elle ne dérive pas directement de la loi sur les accidents est d'accord avec la pensée du législateur qui, en édictant cette loi de 1898 de prévoyance sociale et d'humanité, a voulu que les ouvriers victimes du travail soient protégés dans le sens le plus large et le plus complet ;

Attendu que l'interprétation que lui donne le Tribunal doit être d'autant plus acceptée et sanctionnée qu'elle fait une part égale au patron et à l'ouvrier ;

Attendu qu'il serait inutile et frustratoire, en présence du certificat du docteur X... si formel et si explicite émanant d'une autorité scientifique incontestable, de recourir à une expertise qu'aucune des parties ne réclame ;

Attendu qu'il résulte de ce certificat que les soins donnés étaient nécessaires, qu'ils ont eu pour effet de laisser l'œil malade au même état qu'avant la complication et qu'enfin la dépréciation professionnelle, l'acuité visuelle ne s'est nullement modifiée et qu'elle est ce qu'elle était au moment du règlement de l'indemnité ;

Attendu que la demande fondée ainsi en principe doit néanmoins, si les parties l'exigent, être fixée, quant au chiffre, conformément au tarif ;

Attendu que si le sieur Y... (l'ouvrier blessé), est tenu personnellement vis-à-vis du docteur X..., il a une action en garantie contre les sieurs Z...; que dans tous les cas ces derniers doivent être condamnés conjointement et solidairement avec lui à payer la somme réclamée ;

Attendu que les dépens doivent suivre le sort du principal et que les sieurs Z... doivent être condamnés à les supporter.

Dispositif :

Par ces motifs, le Tribunal, statuant contradictoirement et en dernier ressort.

Condamne les sieurs Y... (le blessé) et Z... (le patron) et ce conjointement et solidairement, à payer au docteur X... la somme de 100 francs pour les causes dont il s'agit, sauf à ce dernier, si les défendeurs l'exigent, à faire taxer ses honoraires conformément au tarif ;

Condamne en tout cas Z (le patron) à relever et garantir Y... (l'ouvrier) de la condamnation qui vient d'être prononcée :

Condamne ces derniers aux dépens de l'instance, liquidés à la somme de 7 fr. 70.

Outre et non compris les coût et accessoires du présent jugement, lesquels demeurent également à leur charge.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical de la région de Bourg.

Assemblée générale du 5 avril 1906.

La séance est ouverte à 2 heures 1/2 sous la présidence de M. le Dr Passerat, président.

Etaient présents : MM. Agniel, Bouilloud, Bourgeois, Barbet, Colin, Démias, Grosfilley, Meneault, Micaud, Nodet, Passerat, Pelletier, Pillard, Pitre, Servas, Touillon, Vanhaegenborgh.

MM. Armand, Bocard, Dupré et Tignel s'étaient fait excuser.

Le Dr Boudin, d'Oyonnax, représentait le syndicat de Belley : Gex, et Nantua, et le Dr Perret, de Vonnas, le Syndicat de l'arrondissement de Trévoux.

Le procès-verbal de la dernière réunion générale est adopté à l'unanimité.

I. — *Compte rendu moral.*

Le président fait un compte rendu moral rapide de la vie du Syndicat pendant le semestre écoulé.

Au début, il rappelle la perte qu'a faite le Syndicat en la personne du Dr Amédée Rodet, de Bourg, qui bien que n'exerçant plus avait tenu à faire partie de notre groupement et à affirmer ainsi sa solidarité confraternelle.

La vie de notre syndicat pendant le dernier semestre a été assez mouvementée.

Conformément au vœu émis dans la dernière réunion, au sujet de l'hospitalisation des accidentés du travail et des malades payants, des réclamations ont été adressées par les intéressés aux commissions hospitalières de leur région.

Grâce aux démarches faites, le corps médical dans beaucoup de communes a été consulté à l'occasion de la confection des listes d'assistance médicale gratuite.

Vis-à-vis des Sociétés de secours mutuels, la situation ne s'est guère modifiée. A Bourg, où la question a plus d'acuité, notre groupe a reçu l'adhésion d'une nouvelle Société de la campagne, et une proposition d'une Société urbaine demandant un tarif de faveur. Vous aurez à prendre une décision à ce sujet.

Un de nos cosyndiqués voulait traiter des rapports du corps médical avec la société de secours mutuels touchant les rebouteurs, et étudier la question au point de vue général en insistant sur les desiderata, unanimement réclamés : libre choix du médecin, paiement à la visite, abolition du forfait. Empêché au dernier moment, il s'est excusé, mais a promis de lire son rapport à la prochaine réunion.

Je signale la lettre d'un président de société de secours mutuels au syndicat pour lui présenter des réclamations contre la thérapeutique employée par le médecin d'un de ses sociétaires. Cette démarche d'un président qui a rompu toute relation avec le syndicat, montre bien la nécessité de garder notre indépendance et notre liberté.

L'application de la loi Roussel a préoccupé plusieurs de nos collègues. Les changements proposés, la complexité de la mise au point, intéressant la corporation, le bureau a cru utile de porter la question à l'ordre du jour, et charge le Dr Grosfilley du rapport.

Au moment de la dernière réunion, le tarif Dubief venait de paraître à l'*Officiel*. Quelques jours après, par le soin du secrétaire, une note explicative était adressée, et un referendun établi sur : 1° l'application du tarif en général ; 2° la tarification des soins médicaux avant 1901.

Grâce aux réponses reçues, une prostestation et une réclamation motivées furent envoyées au ministère, ainsi que les certificats nécessaires pour obtenir le prix de visite de 2 francs dans les communes de Vergon, Salavres, Marlioz, Pont-de-Vaux, Manterray, Saint-Julien-Ressouza, Lagnieu Replouges, Roger-la-Ville, (Pont-d'Ain.) Coligny,

Dreillat, Varambon, Priay, Neuville-sur-Ain, Saint-Martin-du Mont.

Pour la loi sur la santé publique, les vaccinations et revaccinations, conformément au vœu émis, votre bureau s'est mis en rapport avec les autres Syndicats du département. De concert, les trois présidents ont agi auprès des membres du Conseil général, et ont obtenu la participation de tous les praticiens à l'application de la loi en se conformant au tarif *à l'essai*.

Après des pourparlers nombreux, il fut convenu qu'on rédigerait une note à tous les praticiens syndiqués et non syndiqués pour demander leur adhésion. La note préparée et arrêtée en commun fut envoyée à la fin de décembre, en spécifiant bien que les syndicats n'avaient en vue que l'intérêt général, et que les réponses devaient être adressées soit aux syndicats, soit à la préfecture.

Cette démarche fut mal interprétée par plusieurs. En conséquence, le 16 janvier, la préfecture, désavouait les syndicats envoyait une circulaire, et le 20 vous receviez une note vous priant de répondre directement à la préfecture.

En mars, le préfet envoyait une nouvelle lettre sur le fonctionnement du service que le secrétaire vous communiquait. Les réponses reçues ont permis de faire connaître à l'administration que le roulement par ordre alphabétique avait la préférence.

Le bureau a reçu les doléances de plusieurs confrères au sujet de l'application de la loi sur les accidents du travail, et la demande d'une ligne de conduite uniforme.

En présence des difficultés et de la complexité de la situation, le bureau a prié le Dr Servas de faire un rapport à ce sujet, afin de préciser nos droits et nos devoirs, en réservant l'avenir.

Les relations de notre syndicat avec les syndicats voisins sont toujours excellents. Nous avons envoyé des délégués aux réunions de nos voisins du Bugey et de Trevoux, qui, de leur côté, ont bien voulu assister à nos séances. Un syndicat, celui de Louhans, a demandé à entrer en relation avec notre groupe.

II. — *Compte rendu financier.*

Le docteur Touillou, trésorier, donne l'état des ressources de la caisse du Syndicat. Cette situation est assez satisfaisante, grâce aux nombreuses économies réalisées.

III. — *Application de la loi Roussel dans le département de l'Ain.*

Le Dr Grosfilley revient sur la question de la répartition du service de protection du premier âge entre tous les médecins et de la suppression des circonscriptions actuelles.

Il existe actuellement 50 circonscriptions dans le département de l'Ain. Elles comprennent quelques-unes 5 ou 6 enfants, la plupart de 12 à 25, ce qui, a raison de 12 fr. par enfant et par année, représente pour chaque médecin-inspecteur, pour quelques-uns moins de 100 fr. par an, pour la plupart de 150 à 300 francs et bien souvent au prix de quelles peines.

Il est incontestable, dans l'état actuel, que la rétribution est hors de proportion avec le travail et la responsabilité demandée au médecin-inspecteur. Aussi le Dr Grosfilley fait-il remarquer qu'une fois la répartition des enfants entre tous les médecins obtenue il ne restera plus grand'chose à chacun. Aussi n'est-il pas d'avis de demander cette suppression pure et simple des circonscriptions, mais d'examiner une solution permettant une plus juste répartition du service et une meilleure rétribution des médecins.

Le Syndicat se range à son avis et décide de nommer une commission de deux membres, pour chercher de concert avec les autres syndicats du département une solution pour l'application de la loi Roussel, en considérant qu'il s'agit d'une question d'ordre général intéressant tous les médecins.

La commission sera composée de MM. Passerat et Grosfilley.

(*A suivre.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Faculté et hôpitaux.

A la suite des épreuves du concours, ont été nommés aides d'anatomie dans l'ordre suivant : MM. Mocquot, Picot, Sauvé, Barbier, Guimbellot.

— A la suite du dernier concours, ont été nommés médecins des hôpitaux : MM. Guillain, Jousset, Milian.

— Un concours pour la nomination à la place d'assistant titulaire et à la place d'assistant adjoint du service Civiale (voies urinaires) de l'hôpital Lariboisière sera ouvert le vendredi 4 juillet 1906 à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Père, n° 49.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite. Les candidats seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), de midi à 3 h. du mardi 5 juin 1906 au lundi 18 du même mois inclusivement.

Les assistants sont nommés pour une période d'une année, et peuvent être prorogés sur la demande du chef de service.

Les assistants titulaires des services spéciaux reçoivent une indemnité annuelle de 1200 francs.

— MM. les étudiants dont la scolarité est soumise au stage hospitalier, et qui n'auraient pu, pour des motifs sérieux, accomplir le stage en 1905-1906 (1er décembre au 15 juin) sont informés que, dans le but de régulariser leur situation, ils seront admis pendant la période de vacances (du 1er juillet au 1er novembre) dans certains services de cliniques qui leur seront désignés. Ils devront adresser une demande écrite au doyen de la Faculté, du 15 juin au 15 juillet, en désignant s'ils désirent suivre un service de médecine ou de chirurgie.

— Aux termes d'une circulaire ministérielle, les demandes de transfert des dossiers des étudiants en médecine en cours de scolarité appartenant aux Facultés, aux Ecoles de médecine des départements, présentées en vue d'être inscrits pour une nouvelle année scolaire à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, devront dorénavant être produites assez à temps pour que le transfert puisse avoir lieu avant le 15 septembre.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Dhoste, du Croisic (Loire-Inférieure), membre du « Concours médical. »

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année | N° 25 | 24 JUIN 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

La Réorganisation du Syndicalisme médical en France.

Nous appelons toute l'attention de nos lecteurs et les observations des «Syndiqués» sur le remarquable travail ci-dessous que viennent de nous adresser nos confrères du Sud-Est.

Il part de vues très justes, présente avec exactitude la situation actuelle, et vise un but qu'à tous il semble nécessaire d'atteindre au plus tôt.

L'«Union des Syndicats médicaux» et le Conseil de Direction du « Concours médical » l'ont étudié déjà et lui ont fait le plus sympathique accueil.

Ils attendront avec impatience les avis des diverses fédérations actives ou embryonnaires au sujet du projet «Bolliet».

Union des syndicats médicaux du Sud-Est.

Projet d'organisation générale des Syndicats médicaux (1).

De la nécessité, pour les Syndicats médicaux, de se grouper en une vingtaine d'Unions régionales dont les délégués constitueraient le Conseil supérieur d'une Union nationale.

Rapport présenté au Comité Directeur de l'Union du Sud-Est, à la réunion du 13 mai 1906,

Par le Dr Bolliet, secrétaire général,

Messieurs et honorés Confrères,

Nous nous sommes efforcés constamment, vous le savez, d'unir nos efforts à ceux de l'Union des syndicats médicaux de France, lorsque les circonstances l'ont exigé et dans un but d'intérêt professionnel général. Je me permettrai notamment de vous rappeler notre conduite au moment de l'adoption, par le Sénat, de l'amendement Gourju. A cette époque, le Conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux de France avait pensé qu'il serait bon que les syndicats médicaux pussent présenter un tarif élaboré par eux, et qui serait soumis, le cas échéant, à l'acceptation de l'Administration. Ce tarif deviendrait alors un tarif commun connu sous le titre de : Tarif des syndicats médicaux. Il devait être étudié en se basant sur les tarifs médicaux établis par les confrères dans les différentes régions de la France.

Le Bureau de l'Union du Sud-Est, réuni le 6 septembre 1904, décida de faire parvenir immédiatement, à l'Union des syndicaux de France, les

(1) L'union des Syndicats médicaux du Sud-Est sollicite de tous les Confrères des appréciations sur son projet et les prie de les adresser, soit au président docteur Albertin, *chirurgien des Hôpitaux de Lyon*, rue de la République, 26, soit au secrétaire, docteur Bolliet, cours Morand, 31, Lyon, soit à l'Union des Syndicats et au *Concours médical*.

tarifs arrêtés par les syndicats de notre région, ainsi que les conclusions suivantes :

« 1° *Défense énergique, en seconde lecture, de l'article de la loi d'abord voté par le Sénat et qui fixait, pour les accidents du travail, les honoraires médicaux* CONFORMÉMENT AU TARIF OUVRIER ET AUX USAGES LOCAUX ;

« 2e *Rejet de l'amendement Gourju donnant à l'Administration le droit de fixer les honoraires médicaux* ;

« 3° *Toutefois. si cet amendement était adopté définitivement, il y aurait lieu de proposer un tarif ouvrier unique qui pourrait devenir le tarif ouvrier administratif.*

« *Ce tarif devrait être au minimum le tarif du* CONCOURS MÉDICAL.

« *Il devrait être spécifié que, dans le cas où le bénéfice de la loi de 1898 serait étendu à des employés d'ordre social plus élevé, ce tarif ne leur serait pas applicable et devrait être majoré.*

« *Le tarif ouvrier unique devrait, en outre, comporter, si possible, un coefficient en rapport avec l'importance de l'agglomération.*»

Ces conclusions furent également adressées par circulaire, aux 1,600 médecins de notre région.

De plus, après la publication au *Journal officiel* de l'arrêté-tarif ministériel, fixant les honoraires médicaux pour soins donnés aux victimes d'accidents du travail, l'Union du Sud-Est, se conformant aux indications de l'Union de France, envoya aux présidents des syndicats de la région un avis les engageant à présenter leurs réclamations en temps voulu.

L'appui moral de l'Union du Sud-Est n'a donc pas fait défaut à l'Union de France. Celle-ci pouvait se donner comme mandataire de l'autre en face des Compagnies-accidents; elle pouvait, selon l'expression très circonstanciée de M. le docteur JEANNE, se permettre de parler « au nom d'un bloc parfait » , au moins quant à ce qui nous concerne.

Quant à l'appui financier, il ne pouvait guère être d'un grand secours pendant les débats sur les tarifs des certificats, des opérations de grande et de petite chirurgie, de l'indemnité kilométrique, etc. Pour la défense professionnelle et en vue des résultats à acquérir, il importe peu que les collectivités sachent que les frais de propagande seront faits par une Union centrale ou par une Union régionale.

L'essentiel est que la propagande se fasse.

Si l'Union du Sud-Est se réserve, jusqu'à nouvel ordre, d'employer elle-même « le nerf de la guerre », c'est qu'elle a, sur l'organisation et le groupement des syndicats médicaux, une conception un peu spéciale, que nous nous proposons d'exposer plus loin et qui nous parait être partagée par beaucoup de syndicats. M. le docteur JEANNE, dans une communication publiée dans le *Bulletin de l'Union des syndicats médicaux de France* (20 décembre 1905), intitulée : *De la nécessité aux médecins de se syndiquer et aux syndicats de s'affilier à l'Union*, écrit, au sujet des syndicats actuellement existants : « Les uns se dispensent d'être adhérents quand leurs ressources le leur permettraient parfaitement ; d'autres portent leurs cotisations à des groupements régionaux ; d'autres encore demandent à leurs membres des cotisations misérables de 3,4,5 francs et s'appuient ensuite sur ces chiffres d'Harpagon pour excuser leur absence à l'Union ; certains, enfin, se rappellent quelquefois à nous par des ordres du jour et des délibérations de la plus belle intransigeance, mais nous laissent le soin et la charge pécuniaire de les propager et de les défendre.» M. le docteur JEANNE espère cependant parvenir avant peu, par des appels multipliés et renouvelés, à rallier ces syndicats à l'Union de France mais il se montre opposé à la création des Unions régionales, groupements intermédiaires qu'il considère comme une tentative de décentralisation dangereuse et superflue. « Il m'apparaît comme aussi urgent, dit-il, de signaler le danger d'une décentralisation syndicale complète qui serait prématurée devant une décentralisation administrative qui ne s'ébauche pas encore.

« Le syndicat *local* a sa raison d'être devant les *services municipaux*, le groupement *départemental* s'impose pour les relations avec les *Conseils généraux* et les *Préfectures*, subdivisible, s'il y a lieu, par arrondissements à cause de la différence de richesse de ceux-ci dans un même département ; enfin, le groupement *central*, parisien, c'est-à-dire l'Union actuelle, est indispensable en présence du pouvoir *exécutif* et *législatif*. Mais je n'aperçois guère la nécessité absolue du rapprochement correspondant à nos défuntes provinces, à moins que comme *création passagère pour la propagande*. Je regrette, en conséquence, les cotisations qui s'égarent de ce côté plutôt que de venir à l'Union centrale ; je crains aussi. que, vu le nombre important de leurs adhérents, ces fédérations n'aient tendance à perdre le contact avec nous en se laissant trop impressionner par les considérations d'ordre exclusivement régional.»

Or, pour ce qui concerne l'Union du Sud-Est, nous pouvons affirmer d'une manière catégorique qu'elle n'a jamais eu le moindre intention de «perdre le contact» avec l'Union de France. Cependant, nous ne partageons pas entièrement le sentiment de M. le docteur JEANNE, surtout à l'égard des Unions régionales. Tout en admettant parfaitement que de semblables groupements ne peuvent prétendre à résoudre les questions d'intérêt général, nous pensons qu'elles sont un moyen de cohésion, de grande utilité. Aussi, sans chercher à supprimer ni même à diminuer d'importance l'Union centrale telle qu'elle fonctionne actuellement, nous voyons précisément dans la création des Unions régionales la possibilité de faire converger dans un concert d'entente, par leur intermédiaire, les moyens d'action des divers syndicats vers une Union centrale ou nationale.

Cette organisation régionale des syndicats médicaux a été, l'année dernière, l'objet de discussions dans les organes professionnels.

Le *Journal des Praticiens* de M. le docteur HUCHARD disait : « L'Union des médecins est restée jusqu'aujourd'hui une quantité négligeable. Elle ne le sera plus le jour où des liens serrés s'établiront entre un président central et des comités régionaux ».

Après avoir reproduit, dans le *Petit Praticien du Nord*, l'article dont nous venons de citer quelques lignes, M. le docteur LAMBIN, de Lille, ancien vice-président de la Fédération des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais, ajoute les commentaires suivants : « Notre confrère fait appel aux fédérations de syndicats

pour opérer l'union. Dans le Nord, nous sommes prêts. Les départements du Sud-Ouest sont fédérés. Il en est de même de la région lyonnaise et, bientôt, des environs de Poitiers.

« Puisqu'il est entendu que tout mouvement part de Paris, que nos confrères du *Concours médical* et de l'*Union des syndicats* s'attellent une bonne fois à cette besogne : diviser la France en vingt, vingt-cinq, trente provinces médicales, ayant chacune leur fédération de syndicats. Les présidents des fédérations choisiraient le Président central, l'oiseau rare, dont le choix ne nous paraît pas, à nous, si irréalisable. Il ne serait pas difficile de trouver, parmi les successeurs de CÉZILLY, le praticien assez indépendant pour placer les intérêts de la profession avant les colifichets et les faveurs.

« Dans quelques semaines, le Conseil supérieur de la Mutualité aura à s'occuper du service médical dans les sociétés de secours mutuels. Nos desiderata seront exposés et bien défendus par le docteur GAIRAL, le représentant des syndicats médicaux. Il parlera, il est vrai, au nom de tous, mais combien puissante serait son argumentation, s'il pouvait dire à ces messieurs : « Voici la décision des vingt fédérations de syndicats médicaux de France : Tarif à la visite ; liberté pour le mutualiste de choisir son médecin ! » On jette les vœux au panier, tandis qu'on respecte les décisions, surtout quand elles sont l'expression d'une collectivité organisée. Ceci n'est qu'un exemple.

« Nos syndicats, aujourd'hui quantités négligeables, ne seront forts que le jour où cette organisation sera effective, le jour où des liens serrés s'établiront entre les fédérations régionales, entre celles-ci et le Président central. Alors ce sera la force par l'union. »

Toujours à propos de la polémique ci-dessus, M. le docteur Noir, secrétaire général de l'Union des syndicats médicaux de France, a émis son opinion, qui ne paraît pas défavorable au groupement régional, car on peut lire, dans le *Bulletin de l'Union* du 20 avril 1905, ce qui suit : « Nous-même avons salué avec sympathie dans notre rapport à l'Assemblée générale de 1903, les représentants de la Fédération syndicale du Nord et du Pas-de-Calais et celle du Sud-Est, alors au lendemain de leur naissance ; nous avons toujours conseillé l'entente féconde avec elles. *Malheureusement ce mouvement ne s'est pas sérieusement généralisé.* »

L'Union du Sud-Est ne doute pas que l'Union des syndicats médicaux de France ne prenne bientôt des dispositions pour généraliser ce mouvement, car, à son avis, il s'agit de l'avenir des syndicats médicaux. Si quelques-uns ont été fondés dans ces dernières années, d'autres ont disparu, et beaucoup sommeillent. Nous allons établir, par des documents officiels, que le nombre des syndicats adhérents actuellement à l'Union des syndicats médicaux de France est moins élevé qu'au premier jour de sa création. Pour cela, nous sommes obligés de faire connaître, au préalable, l'état de l'Union de France en 1884. Dans le *Concours médical* du 2 novembre 1901, page 522, M. le Dr Gassot dit : « Les associations syndicales étaient entrées dans les mœurs médicales quand, en 1884, fut promulguée la loi sur les syndicats professionnels ; la période d'enfantement était passée, les syndicats médicaux vivaient et prospéraient, la loi consacrait leur existence et l'avenir s'annonçait sous de belles couleurs ; il ne leur restait plus qu'à se fédérer en constituant une UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. C'est ce qu'ils firent le 27 juillet 1884.

« Ici s'arrête la première partie de l'histoire des syndicats médicaux ; ils sont alors au nombre de plus de 150, **la moitié d'entre eux a adhéré à l'Union.** »

Dans son remarquable article, sur le rôle et l'histoire des syndicats médicaux, inséré dans le *Bulletin de l'Union* du 5 septembre 1905, page ?, M. le Dr Noir dit : « L'origine des syndicats médicaux actuels remonte à 1879 ; Cézilly venait de fonder le *Concours médical* et d'y ouvrir une chronique professionnelle ; on y recherchait les causes qui faisaient que la profession médicale n'était pas lucrative. Un médecin du Havre, le Dr Margueritte, dans une courte lettre du 28 octobre 1879, émettait en trois lignes l'idée de réunir les médecins en syndicats. Cézilly le priait de développer son idée ; il s'ensuivit toute une correspondance où nombre de praticiens prenaient à partie le Dr Margueritte et traitaient son projet d'utopie.

« Sept syndicats cependant s'organisèrent en 1880 et le premier fut celui de Montaigu, en Vendée, dont le fondateur fut le Dr Mignen.

« Sous l'impulsion énergique de Cézilly, les syndicats médicaux se multiplièrent : il en existait 29 en 1882, 74 en 1884, époque où ils se réunirent en une fédération qui porta le nom d'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE ; à cette date fut votée la loi sur les syndicats professionnels. En 1885, 81 syndicats médicaux existaient, quand un arrêt de la Cour de cassation, approuvant un jugement de Domfront, leur enleva le droit d'existence légale. Ce fut un coup rude porté à ces nouvelles organisations prospères. Mais en 1885, l'article 13 de la loi sur la médecine leur rendit le droit de vivre. Dès lors, la propagande syndicale recommença; 40 syndicats s'organisèrent en 1893. L'application de la loi sur l'Assistance médicale gratuite survint et fit sentir aux médecins le besoin de se concerter ; le nombre des syndicats atteignit 10 en 1895, puis 111 en 1896.

« En 1902, l'*Annuaire officiel des syndicats* indique 131 syndicats médicaux, et combien en existe-t-il qui n'ont pas fait de déclarations légales ? Combien de nouveaux se sont-ils fondés au sujet de l'application de la loi sur les accidents du travail ? Il n'y a guère actuellement en France qu'une dizaine de départements qui en sont dépourvus. Ces associations, restreintes à un tout petit cercle à leur origine, se sont étendues de plus en plus. Nombreux sont les syndicats départementaux et *aujourd'hui nous assistons même à la création de grandes Fédérations régionales qui donneront, il n'en faut pas douter, une vie plus active aux sociétés déjà existantes.* »

Ainsi donc, nous savons qu'au moment de sa fondation, en 1885, l'Union avait environ 74 syndicats adhérents.

Combien en a-t-elle en 1905, c'est-à-dire après 11 ans d'existence ? L'*Annuaire* publié dans le *Bulletin de l'Union* du 20 septembre, 5 octobre, 20 octobre, 5 novembre 1905, va nous renseigner à ce sujet. Nous en avons fait une étude sérieuse et nous avons trouvé qu'il y a 4 syndicats de 5 à 10 membres ; 13 syndicats de 10 à 20 membres ; 15 syndicats de 20 à 30 membres ; 9 syndicats de

30 à 40 membres ; 4 syndicats de 40 à 50 membres ; 3 syndicats de 50 à 60 membres ; 5 syndicats de 60 à 70 membres ; 4 syndicats de 70 à 80 membres ; 5 syndicats de 80 à 90 membres ; 1 syndicat de 106 membres ; 1 syndicat de 132 membres ; 1 syndicat de 191 membres ; 1 syndicat de 197 membres ; 1 syndicat de 1,015 membres. — Total : 67 syndicats, y compris les deux syndicats coloniaux d'Alger et d'Oran.

A propos de la rédaction de l'*Annuaire*, nous ferons remarquer que le Syndicat de la Vallée du Rhône, qui comprend des adhérents dans les départements de l'Ardèche, de la Drôme, de l'Isère, du Rhône, est compté à tort quatre fois, c'est-à-dire comme formant des syndicats séparés dans les quatre départements. Dans notre statistique, nous ne l'avons compté qu'une fois.

Ajoutons que l'*Annuaire* désigne 7 syndicats comme étant en voie de formation ou de réorganisation, adhérents à l'Union. Même en tenant compte de ces 7 syndicats, il n'y aurait, en 1905, que : 67 + 7 = 74 syndicats adhérents à l'Union c'est-à-dire le même nombre qu'en 1884.

Quant au total des syndiqués adhérents à l'Union, il a été évalué. pour 1884, à 3,500 environ, avec 74 syndicats. En 1900, l'*Annuaire* officiel indique 3,177 adhérents, avec 60 syndicats. En 1905, il mentionne 4,025 adhérents, avec 67 syndicats. Mais ce chiffre de 4.025 adhérents parait fictif, car le Compte rendu financier publié dans le *Bulletin de l'Union* (5 décembre 1905, page 573) spécifie que le montant des cotisations ne s'est élevé qu'à 6,064 fr., et si on divise cette somme par deux, c'est-à-dire par le chiffre de la cotisation, on ne compte effectivement que 3,032 adhérents à l'Union pour 1905, ce qui représente la 1/6 partie du Corps médical.

Quelle est la valeur, au point de vue de la défense professionnelle, des 67 syndicats adhérents à l'Union ? La réponse nous sera fournie par un document officiel. En 1904, à propos des modifications que le Parlement devait apporter à l'article 4 de la loi sur les accidents du travail, l'Union avait demandé à tous les syndicats de France de lui envoyer leurs tarifs. Le *Bulletin de l'Union* du 5 octobre 1904 fait connaître la liste des syndicats qui ont répondu à cet appel. Il n'y en a que 45 en tout. Mais de ce nombre il faut défalquer 15 syndicats ou fédérations qui n'adhérent pas à l'Union, à savoir : la Fédération du Nord et du Pas-de-Calais, l'Union du Sud-Est, la Société médicale de Besançon, les Syndicats de Bourg, de Corbeil, de l'Eure, des Hautes-Alpes, les Médecins de Malakoff (Seine), le Syndicat du Morvan, les Syndicats de Ploermel, du Puy-de-Dôme, de Rambouillet, du Rhône, de Trévoux, le Syndicat des médecins de Versailles.

Par conséquent, s'il n'y a eu, parmi les 67 syndicats adhérents à l'Union, que 30 syndicats qui aient donné signe de vie sur la question si importante des accidents du travail, il est permis de supposer que les 37 autres, qui sont restés silencieux, manquent absolument de vitalité et n'existent pour ainsi dire que nominativement, hypothèse d'ailleurs justifiée, au moins en partie, par le fait que 993 membres inscrits sur l'*Annuaire* n'ont pas payé leur cotisation de 1905. Les délégués de l'Union n'ayant pu mettre, en somme, sous les yeux des membres de la Commission ministérielle des accidents du travail que 45 tarifs syndicaux, nombre à peu près égal à celui des Compagnies-accidents, on comprend très bien que les délégués « avaient beau masquer les défauts de leur cuirasse, ils n'ont pas échappé aux yeux attentifs qui les recherchaient ».

Il serait puéril de se dissimuler que le recrutement plutôt stationnaire d'une Union qui englobe toute la France dans sa sphère d'action est de nature à suggérer des réflexions aux confrères qui examinent la situation sans parti pris et qui désirent qu'elle s'améliore.

Le langage syndical ne comportant pas « l'abus de la gaze et de l'ornementation », nous n'hésitons pas à dire que la non-adhésion à l'Union de plus de la moitié des syndicats actuels, que l'inertie ou la disparition d'un certain nombre de syndicats, que l'absence de syndicats dans beaucoup de régions nous semblent provenir, en grande partie, d'un défaut d'unité et de méthode dans l'organisation et le groupement des syndicats médicaux.

On pourrait d'ailleurs constater une certaine fluctuation dans les idées des promoteurs de la création des syndicats. Reportons-nous au numéro du 16 novembre 1901 du *Concours médical*, page 554 :

« En présence, dit M. le Dr Gassot, des nouveaux dangers présentés par l'encombrement médical d'un côté, et, de l'autre, par la marée montante des collectivités, c'est l'union parfaite, absolue, qui s'impose, et celle-ci ne peut être obtenue par de trop grands syndicats. C'est ce qui fait qu'après avoir conseillé les associations d'arrondissement ou même de département, nécessaires à une certaine heure, le *Concours médical* recommande actuellement les tout petits syndicats entre médecins voisins et ayant des intérêts identiques ; alors l'accord pourra s'établir facilement sur les tarifs, sur la conduite vis-à-vis des Compagnies d'assurances, des mutualités, de toutes les collectivités qui battent en brèche nos intérêts légitimes ». D'autre part, M. le Dr Jeanne nous a dit « que le syndicat local aurait sa raison d'être devant les services municipaux ».

Cette idée du « tout petit syndicat » ou « syndicat local » n'ayant été présentée que sous la forme d'une indication vague, nous avons fait un travail de statistique pour savoir si elle était réalisable d'une manière pratique et uniforme pour toute la France.

La commune pourrait-elle être prise comme base d'une organisation syndicale ?

Pour faire un syndict il faut, on en conviendra, au moins trois médecins. Or il y a en France 35,971 communes ou *services municipaux* et environ 18,000 médecins, ce qui donne en moyenne un médecin seulement pour deux municipalités, d'où l'impossibilité de créer un syndicat dans chaque commune.

Le canton pourrait-il être pris comme base d'une organisation syndicale ?

Il y a en France, non compris la ville de Paris, 2.879 cantons. De ce chiffre on déduira 20 cantons intra-urbains et 140 cantons suburbains, qui, à la rigueur, peuvent être considérés, au point de vue syndical, comme faisant partie des villes.

On compte 774 cantons où le chef-lieu est une ville qui possède au moins 3,000 habitants et 3 médecins, et où un syndicat pourrait être créé dans le chef-lieu même, sans y comprendre les autres communes. En voici le dénombrement : 345 villes, de 3 à 5,000 habitants et 3 à 5 médecins ;

164, de 5 à 8.000 habitants et 3 à 9 médecins ; 59, de 8 à 10.000 habitants et 3 à 11 médecins ; 54, de 10 à 15,000 habitants et 4 à 14 médecins ; 42, de 15 à 20,000 habitants et 7 à 18 médecins ; 53, de 20 à 30,000 habitants et 9 à 20 médecins ; 24, de 30 à 50,000 et 14 à 32 médecins ; 21, de 50 à 100,000 habitants et 25 à 105 médecins ; 12, au-dessus de 100,000 habitants et 51 à 3.000 médecins.

Il reste 1,945 cantons où le chef-lieu a moins de 3,000 habitants et moins de 3 médecins, et où il est nécessaire de grouper les médecins des communes du canton pour faire un syndicat.

Disons encore qu'il y a environ 60 villes, qui, sans être chefs-lieux de canton, ont plus de 3,000 habitants et plus de 3 médecins, et peuvent être le siège d'un syndicat.

La moyenne des médecins est de 6 par canton ; la moyenne des cantons est de 8 par arrondissement et de 33 par département.

En somme, si on prenait le canton comme base d'une organisation syndicale, on aurait : 774 syndicats de cantons urbains ; 1,945 syndicats de cantons ruraux ; 60 syndicats de villes non chefs-lieux de canton. — Total : 2,779 syndicats locaux.

Il y aurait tant de difficultés à réaliser la fédération d'un si grand nombre de syndicats et à faire fonctionner simultanément leurs rouages, que le « tout petit syndicat » ou « syndicat local » de canton ne paraît pas susceptible d'être pris comme base d'une organisation syndicale.

Toutefois si la bonne harmonie règne, ce qui n'est pas toujours le cas, entre confrères exerçant dans un même centre et ayant des intérêts identiques, le petit syndicat local aura quelquefois son utilité. Il permettra de faire une entente serrée, avec sanctions au besoin, pour donner une solution rapide et précise aux questions locales, en même temps qu'il s'unira au syndicat de département ou d'arrondissement pour résoudre les questions générales. Ces petits syndicats, dont la multiplicité constituerait un véritable embarras s'il fallait leur faire une place à part dans l'organisation telle que nous la comprenons, peuvent parfaitement exister officieusement en quelque sorte, le syndicat officiel restant le syndicat d'arrondissement ou de département. Ils ne sont pas bien nombreux, comme on en jugera par la liste des syndicats que nous avons établie d'une manière complète en nous servant de l'*Annuaire officiel des syndicats*, publié par le Ministère du Commerce (1904-1905), de l'*Annuaire* publié par l'Union des syndicats médicaux de France (1905) et de quelques autres documents. Il sera intéressant pour les confrères qui s'occupent de questions professionnelles, de connaître le mode d'organisation de chaque syndicat, l'année de sa fondation, le nombre de ses membres, l'endroit ou le confrère auxquels on peut s'adresser pour avoir des renseignements.

Syndicats de départements. — *Alger* (département d'), 1883, 43 membres, à l'Hôtel de Ville ; *Alpes (Basses-)*, 1905, 23 membres, Dr Bernard, à Forcalquier : *Alpes (Hautes-)*, 1904, 22 membres, Dr Coronat, à Gap ; *Ariège*, 1896, 40 membres, à l'Hôtel de Ville de Foix ; *Aube*, 1903, 74 membres, 2, rue Saint-Martin, à Troyes ; *Cher*, 1893, 53 membres, Dr Moreau, à Bourges ; *Côtes-du-Nord* (Syndicat de Saint-Brieuc), 1892, 72 membres, à l'Hôtel de Ville ; *Creuse*, 1894, 47 membres, 1, boulevard Chênevert, à Guéret ; *Ille-et-Vilaine*, 1896, 106 membres, Dr Camuzet, 9, rue Jules-Simon, à Rennes ; *Jura* (n'est pas porté sur l'*Annuaire de l'Office du Travail*), 1898, 39 membres, Dr Billon, à Dôle ; *Indre-et-Loire* (Syndicat de Tours), 1891, 87 membres, 14, rue des Halles ; *Loir-et-Cher*, 1898, 85 membres, à l'Hôtel de Ville de Blois ; *Loire-Inférieure*, 1884, 120 membres, 34, rue de la Fosse, à Nantes ; *Loiret*, 1882, 122 membres, à l'Hôtel de Ville d'Orléans ; *Lot*, 1899, 45 membres, à l'Hôtel de Ville de Cahors ; *Lot-et-Garonne*, 1881, 126 membres, 113, boulevard Carnot, à Agen ; *La Martinique*, 1903, 12 membres, à l'Hôtel de Ville de Fort-de-France ; *Meurthe-et-Moselle* (Syndicat de Nancy), 1900, 132 membres, 4, rue Chanzy ; *Meuse*, 1893, 52 membres, 20 rue de la Rochelle, à Bar-le-Duc ; *Morbihan*, 1894, 24 membres, 18, rue de l'Hôtel-de-Ville, à Vannes, *Nièvre*, 1898, 65 membres, Dr Panné, à Nevers ; *Oise*, 1894, 130 membres, 30, rue Gambetta, à Creil ; *Oran*, 1902, 68 membres, 6, rue Laffitte ; *Pyrénées (Hautes-)*, 1897, 115 membres, à Tarbes ; *Pyrénées-Orientales* (Syndicat de Perpignan), 1885, 57 membres, à l'Hôtel de Ville ; *Rhin (Haut-)*, 1894, 22 membres, 1, place de l'Arsenal, à Belfort ; *Rhône*, 1884, 420 membres, 6, rue de l'Hôpital, Lyon ; *Garonne (Haute-)*, 1896, 128 membres, 10, rue Alsace-Lorraine, Toulouse ; *Saône (Haute-)* (Syndicat de Vesoul), 1881, 68 membres, Dr Petit Jean, Vesoul ; *Sarthe*, 1892, 80 membres, à l'Hôtel-de-Ville du Mans ; *Seine*, 1891, 1,015 membres, 28, rue Serpente, Paris ; *Deux-Sèvres*, 1892, 80 membres, à l'Hôtel de Ville de Niort ; *Tarn*, 1894, 73 membres, à Albi ; *Tarn-et-Garonne*, 1903, 6 membres, à l'Hôtel de Ville de Montauban ; *Vendée*, 1893, 76 membres, à l'Hôtel de Ville de la Roche-sur-Yon ; *Vienne*, 1893, 89 membres, à l'Ecole de Médecine de Poitiers ; *Vienne (Haute-)*, 1893, 72 membres, 9 boulevard Louis-Blanc, Limoges.

Total : 37 syndicats de départements = 3,888 syndiqués.

*
* *

Syndicats d'arrondissements. — *Ambert*, 1894, 20 m., Dr Sabatier, à Ambert ; *Amiens*, 1900, 20 m. ; *Angers*, 1895, 39 m. ; salle du Jardin-Fruitier, boulevard du Roi-René ; *Arles*, 1888, 21 m., place Joseph-Patrat ; *Arras*, 1901, 42 m., à l'Hôtel de l'Univers ; *Aurillac*, 1894, 32 m., à l'Hôpital ; *Avignon*, 1899, 24 m., rue Banesterie ; *Bastia*, 1892, 25 m., boulevard Paoli ; *Bazas*, 1884, 20 m. ; *Bernay*, 1881, 12 m., Dr Mesnil ; *Béziers*, 1881, 64 m., à l'Hôtel de Ville ; *Boulogne-sur-Mer*, 1885, 10 m., à l'Hôtel de Ville ; *Brive* 1892, 12 m. ; *Caen*, 1892, 34 m., 1, rue Auber ; *Charolles*, 30 m., Dr Legrand, à Marcigny ; *Cholet*, 1896, 31 m. ; *Dijon*, 1897, 45 m., Dr Morlot, 2, rue Ste-Bénigne ; *Dunkerque*, 1891, 33 m., 2, rue Benjamin-Morel ; *Epernay*, 1883, 40 m., à l'Hôtel de Ville ; *Havre*, 1881, 72 m., à l'Hôtel de Ville ; *Hazebrouck*, 1899, 28 m., Grande-Place, chez M. Smagghe ; *Joigny* 1894, 12 m. ; arrondissements de Laval et de Château-Gontier (*Syndicat de Laval*), 1890, 52 m. ; *Mâcon*, 1897, 25 m. ; *Mauriac*, 1895, 17 m., à l'Hôtel de Ville : *Mayenne*, 1893, 25 m., Hôtel Bigot ; *Meaux*, 40 m., Dr Charpentier ; *Montélimar*, 1886, 14 m., 24, Grande-Rue ; *Mortagne*, 1883, 25 m., Dr Levassort ; arrondissements de Nantua et de Belley (*Syndicat du Bugey et du pays de Gex*), 1903, 25 m., Dr Boudin, à Oyonnax ; *Neufchâtel-en-Bray*, 1898, 20 m., rue Fausse-Porte ; *Pontoise*, 1894, 39 m., 1,

rue Victor-Hugo ; *Pont-l'Evêque*, 1892, 19 m., Dr Rachet, à Honfleur ; *Quimperlé*, 6 m., Dr Le Moaligou ; arrondissements de Quimper et de Châteaulin (*Syndicat du Sud-Finistère*), 1893, 35 m., à l'Hôtel de Ville ; *Rambouillet*, 1899, 23 m., Dr Camescasse, à St-Arnoult ; *la Rochelle*, 1884, 22 m., 4, rue du Cordouan ; *Saumur*, 1894, 25 m., à l'Hôtel de Ville ; *Sedan*, 1890, 21 m., à l Hôtel de l'Europe ; arrondissements de Mézières, Rethel et Rocroy (*Syndicat de la Vallée de la Meuse*), 1891, 36 m., Buffet de la Gare ; *Sens*, 1894, 34 m. ; *St-Lô*, 1882, 24 m. ; *St-Quentin*, 1893, 18 m.. 21, rue St-Thomas ; *Trévoux*, 1901, 26 m., M. Antoine, avoué ; *Ussel*, 1899, 12 m. ; *Valenciennes*, 1882, 68 m., à l'Hôtel de Ville ; *Versailles*, 1887, 83 m., 69, avenue de St-Cloud ; *Yssingeaux*, 1897, 15 m., Dr Charrin, à St-Didier-la-Séauve. — **Total** : 48 syndicats d'arrondissements = 1,414 syndiqués.

Quatre syndicats sont en formation : *Avesnes*. — *Draguignan*, Dr Brun-Bourguet, à Fréjus ; *Orléans*, Dr Gassot, à Chevilly ; *Périgueux*, Dr Faguet.

*
* *

Syndicats de cantons. — *Bordeaux* (syndicat suburbain), 1884, 31 m., à l'Athénée ; canton de *Cannes*, 1902, 40 m., 19, rue Hermann ; *Chauny* et ses environs, 1897, 12 m., à la Mairie ; canton d'*Elbeuf*, 1901, 11 m., à l'Hôtel de Ville ; *Fécamp* et cantons environnants, 1903, 12 m. ; canton d'*Haubourdin*, 1896, 5 m. ; canton d'*Hyères*, 1902, 22 m., à la Mairie ; canton de *la Bassée* et communes environnantes, 1893, 18 m. ; canton de *Montereau*, 1893, 7 m., 119, Grande-Rue ; *Roubaix* et ses cantons, 1891, 44 m., 22, rue de la Gare ; canton de *Seclin*, 1903, 20 m., Dr Demay ; *Tourcoing* et ses environs, 1901, 32 m.. 7, rue de Tournay ; *Villeurbanne*, syndicat adhérent à celui du Rhône. — **Total** : 13 syndicats de cantons = 254 syndiqués.

*
* *

Syndicats de villes. — *Abbeville* et la région, 1902. 53 membres, 13, rue des Grandes-Ecoles ; *Aix-en-Provence* (commune d'), 1904, 10 membres, 2, Victor Hugo ; *Armentières* et les environs, 1899, 15 membres, café Sainte-Barbe, rue de Lille ; *Bayonne*, 1893, 11 membres, maison Brunet, rue Poissonnerie ; *Bordeaux*, Syndicat des médecins bordelais, 1894, 60 membres, à l'Athénée ; Comité médical de Bordeaux, 1897, 30 membres, à l'Athénée : *Bourg* et la région, 1902, 21 membres, 19, rue d'Alsace-Lorraine ; *Bourgoin*, 1900, 5 membres, Dr Parmillieux ; *Brest*, 1893, 28 membres, 37, rue Saint-Yves ; *Calais*, 1905, 33 membres, Dr Guyot ; *Cambrai* et la région, 1893, 30 membres, à l'Hôtel de Ville ; *Carcassonne* et la région, 1904, 70 membres, D Bousquet, 77, Grande-Rue ; *Château-Thierry* et cantons limitrophes, 1895. 14 membres ; *Châtel-Guyon*. 22 membres ; *Cette*, 1904, 18 membres, 6, quai du Nord ; *Cognac* et la région, 1895, 20 membres, chez M. Gourçon, 2, rue Abel-Planat ; *Domfront* et les environs, 1881-5 membres ; *Douai* et la région, 1891, 24 membres au Musée ; *Evreux*, 9 membres ; *Granville*, 1904, 5 membres ; *la Bourbourle*, 1896, 13 membres, à la Mairie ; *Libourne* (cercle libournais), 1884, 30 membres ; *Lille* et la région, 1894, 140 membres, 13, rue du Vieux-Marché-aux-Poulets ; l'« Avenir médical » de Lille et la région, 1901, 22 membres, 31, rue Gambetta ; *Lorient*, 1901, 34 membres ; *Louhans* et la région, 1902, 19 membres Dr Lefebvre : *Marseille*, 1890, 197 membres, 3, marché des Capucines ; *Melun*, 8 membres, Dr Simeray ; *Millau* et la région, 1894, 8 membres, 4, rue de Châteaudun ; *Mont-d'Or*, 1892, 15 membres, à l'Etablissement thermal ; *Montluçon*, 1900, 19 membres, café du Helder, boulevard de Courtais; *Montpellier* et la région, 1893, 160 membres, à l'Hôtel de Ville ; *Nantes*, la « Fraternité médicale », 1901, 20 membres. 3, rue des Pénitentes ; *Nice*, 1898, 77 membres, Palais du Crédit Lyonnais ; *Nîmes* et ses environs, 1896. 68 membres, à l Hôtel de Ville ; *Paris*, Syndicat fédéré des médecins français, 1903. 30 membres, Bourse du Commerce ; *Reims*, 1895, 48 membres, Dr Bourgeois, 2, rue des Consuls ; *Rochefort-sur-Mer*, 1904, 15 membres, D Deslandes ; *Rouen*, 1882, 67 membres, Hôtel des Sociétés savantes ; *Salon* et la région, 1902, 12 membres ; *Saint-Etienne*, 1894, 41 membres, 14, rue du Treuil ; *Toulouse*, 1894, 55 membres, ancienne caserne, place de la Daurade; *Valence* et la région, 1905, 20 membres, Dr Courbis ; *Versailles*, 1899, 33 membres, 59, avenue de Villeneuve-l'Etang ; *Vire*, 1894, 18 membres, 34, rue du Calvados.

Total : 45 syndicats de villes = 1,661 syndiqués.

*
* *

Syndicats de régions. — Les adhérents appartiennent à plusieurs départements limitrophes : Syndicat de *Montaigu* (Loire-Inférieure, Vendée), 1881, 18 membres ; Syndicat du *Morvan* (Côte-d'Or, Nièvre, Saône-et-Loire), 20 membres. Dr Latouche, à Autun ; Syndicat du *Sud-Est* (Drôme, Isère, Savoie, Haute-Savoie), 1894, 50 membres, 6, place Victor-Hugo, à Grenoble ; Syndicat de la *Vallée du Rhône* (Ardèche, Drôme, Isère, Rhône), 1884, 57 membres, à Saint-Rambert-d'Albon ; Syndicat des *Basses-Cévennes* (Gard, Lozère), 1893, 15 membres à Anduze. — Les adhérents appartiennent au même département : Syndicat de l'*Auxois* 1898. 24 membres. 3, rue des Bordes, à Semur ; Syndicat du *Bas-Vivarais*, 1904, 20 membres, 5, rue Radal, à Aubenas ; Syndicat de la *Vallée de la Dheune*, 1894, 20 membres, 5, rue de Presle, à Chagny ; du Syndicat du *Médoc*, 1881, 31 membres à Margaux ; Syndicat de la *Région de la Seudre*, 1894, 40 membres, à Pons.

Total : 10 syndicats de régions = 295 syndiqués.

*
* *

Syndicats spéciaux. — Syndicat des *Médecins des stations balnéaires et sanitaires* de France, 1896 228 membres, 12, rue de Seine, à Paris ; Syndicat des *Médecins de théâtres* de Paris, 1902, 411 membres, 124, rue de Rivoli ; Syndicat général des *Oculistes français*, 1906, 276 membres, 28, rue Serpente, Paris ; Syndicat des *Médecins communaux* du département d'Oran, 1900, 15 membres. — **Total** : 4 syndicats spéciaux = 930 syndiqués.

Du total général des syndiqués que nous donnons plus loin, il y aurait lieu de retrancher beaucoup de membres des syndicats spéciaux, qui adhèrent déjà à des syndicats ordinaires.

*
* *

Départements où il n'y a pas de syndicats. — Dordogne (en formation), Eure-et-Loir, Gers (en formation), Indre, Landes, Lozère, Haute-

Marne, Savoie (en formation), Haute-Savoie, Vosges. département de Constantine.

Total général des syndicats : 157.

Total général des syndiqués : 8,442.

* *

Fédérations médicales.— Union des syndicats médicaux de France, 28, rue Serpente, Paris ; Fédération du Nord et du Pas-de-Calais, 77, rue Nationale, à Lille ; Union du Sud-Est, 6, rue de l'Hôpital, à Lyon.

* *

Il existe, comme on vient de le voir, quelques syndicats formés de la manière suivante : un certain nombre de leurs membres sont pris dans tel département, puis dans un deuxième, dans un troisième et même dans un quatrième département limitrophe. Ces syndicats ont pu avoir leur raison d'être autrefois, pour maintenir des tarifs rémunérateurs dans la clientèle ordinaire, ou pour combattre l'exercice illégal, par exemple. Mais, aujourd'hui, en présence du vote et de l'application des lois sociales intéressant l'exercice de la médecine, à la suite de l'extension considérable des collectivités et de leurs fédérations, ils ne sont plus capables de jouer un rôle profitable. Ces syndicats manquent, en effet, d'homogénéité. Leurs membres ne peuvent agir de concert auprès des Unions de sociétés de secours mutuels ou auprès des Autorités administratives d'un département, etc., puisque la plupart d'entre eux ne résident pas dans ce département. Dans l'intérêt de la bonne organisation des syndicats et de celui de leurs adhérents, ces syndicats auraient avantage à se dissoudre.

En récompense des services rendus, les membres des Bureaux devraient occuper dans les syndicats à créer ou dans les syndicats voisins, des fonctions au moins équivalentes. Le fonds social serait partagé au prorata du nombre des adhérents et du temps pendant lequel chacun a été syndiqué. L'argent touché par chaque confrère serait versé par lui, obligatoirement, au syndicat-type nouveau auquel il s'affilierait.

Nous estimons donc qu'il est nécessaire de faire une organisation générale plus méthodique des syndicats médicaux. Le point de départ de l'organisation, l'unité, la « cellule », suivant l'expression de M. le docteur Maurat, doit être le syndicat de département ou d'arrondissement dont les syndicats locaux seraient pour ainsi dire des noyaux. Il faudra préférer, si c'est possible, le syndicat de département, subdivisé au besoin en arrondissement, comme dans les Deux-Sèvres, la Vienne, la Haute-Vienne, ou en cercles avec un syndic, comme dans le Cher, les Côtes-du-Nord, la Creuse, la Nièvre, etc. Si le choix des confrères se porte sur le syndicat d'arrondissement, il sera bon de réunir un arrondissement où il existe peu de médecins à un arrondissement voisin. Dans le même département, pour assurer d'une façon permanente les relations en vue des discussions d'intérêt commun, les syndicats d'arrondissement auront toujours un lien intersyndical, comme dans la Seine-et-Oise, ou une commission est nommée à cet effet ou, comme dans l'Ain, où les trois syndicats délèguent à tour de rôle un confrère aux Assemblées générales.

Pour toutes les affaires d'ordre administratif, le syndicat de département ou d'arrondissement aura plus de poids que le syndicat local. Il sera moins influencé par les questions de rivalités personnelles, et envisagera d'une manière plus équitable les intérêts généraux. Quoique l'étendue d'un arrondissement soit assez restreinte pour que les intérêts des médecins soient à peu près identiques et que les décisions à prendre puissent être généralement uniformes, on aura soin, le cas échéant, de tenir compte des usages et des intérêts locaux.

Il y a en France 362 arrondissements, et, si l'on considère que quelques-uns fusionneront pour constituer un syndicat et, que, d'autre part, 36 départements ont un syndicat départemental, nous pouvons dire que la totalité des syndicats de département ou d'arrondissement ne dépassera guère le chiffre de **300**. C'est une œuvre possible à réaliser et à faire fonctionner comme base de l'organisation syndicale.

Les syndicats de villes se transformeront en syndicats de département ou d'arrondissement, en modifiant leurs statuts.

Sans doute, on dira que la division du territoire en départements ou en arrondissements est un peu arbitraire, et nous le reconnaissons. Mais depuis plus d'un siècle, elle a fait ses preuves au point de vue administratif, financier, judiciaire, etc. Elle est acceptée par des groupements syndicaux autres que ceux des médecins. N'eût-elle que l'avantage de mettre de l'ordre et de l'unité dans l'organisation syndicale, cette division devrait être adoptée, d'autant plus qu'elle ne gênera nullement l'accord entre confrères sur des questions locales. En ne suivant pas un plan uniforme, on aura toujours le gâchis syndical comme aujourd'hui et, par suite, aucune chance sérieuse de réussite pour les revendications du Corps médical.

***

Au-dessus des Syndicats de département et d'arrondissement, il y aurait les Unions régionales.

La lecture des quotidiens suffit à montrer avec quel empressement et quels avantages les patrons, ouvriers, agriculteurs, mutualistes, etc., se fédèrent par régions pour défendre leurs intérêts économiques. Il est inutile d'en citer de nombreux exemples. Mais examinons ce qui se passe, si l'on veut, pour les mutualistes. Un décret du 2 mai 1899, a divisé le territoire français en 18 Collèges électoraux ; 12 pour les sociétés approuvées, 6 pour les sociétés libres, et comprenant chacun plusieurs départements. Chaque Collège élit un délégué qui constitue avec ses collègues et avec des délégués spéciaux, le Conseil supérieur de la Mutualité. Celui-ci tient deux sessions ordinaires par année. Une section permanente gère les affaires courantes et étudie les questions indiquées par le Conseil ou le Ministre de l'Intérieur.

De plus, les mutualistes ont créé, de leur propre initiative, des Fédérations régionales qui correspondent généralement aux Collèges électoraux, mais qui n'ont pas un rôle officiel et servent plutôt de moyen de propagande. Elles sont reliées à une Fédération nationale.

Les médecins ont intérêt à suivre une voie parallèle à celles des autres branches sociales, en particulier des mutualistes, et à former également des Unions régionales qui seraient au nombre d'une vingtaine. Ces Unions ne peuvent être

limitées à quelques régions seulement. Elles doivent embrasser toute la surface du territoire, car leur utilité se fait sentir aussi bien au sud qu'au nord, à l'ouest qu'à l'est et au centre. Les médecins ne sont pas réunis comme les mineurs par exemple, dans un périmètre restreint. Ils sont disséminés à peu près uniformément de tous côtés, et rencontrent partout en face d'eux les mêmes adversaires : Sociétés mutuelles, Compagnies d'assurances, Etat, Départements, Communes, etc... La création des Unions régionales, reconnues d'utilité générale, nécessite bien entendu pour entrer dans le domaine du pratique un remaniement dans les statuts actuels de l'Union centrale, Union des syndicats médicaux de France, qui devient, si l'on veut, une UNION NATIONALE DES SYNDICATS MÉDICAUX. Nous allons faire connaître succinctement quels devraient être, à notre avis, les principaux articles à insérer dans les nouveaux statuts, sous toute réserve naturellement de discussion et d'adoption. Mais, au préalable, il est un point sur lequel nous voudrions nous expliquer clairement, afin que notre pensée ne puisse en aucune façon être dénaturée à ce sujet. Ce que nous avons essentiellement en vue, dans les propositions qui font l'objet du présent travail, ce n'est point de faire disparaître l'organisation actuelle de l'Union des syndicats médicaux de France, pour la remplacer par un groupe d'Unions régionales de moindre importance.

Nous demeurons bien convaincu de la nécessité d'un centre, d'un pivot, qui, tel qu'il existe actuellement, nous paraît parfaitement, à peu de modifications près, pouvoir assumer le rôle nouveau, considérablement élargi, que nous voudrions lui confier. Que l'on ne s'y méprenne pas. Il ne s'agit pas ici d'une tentative mesquine de décentralisation au profit de la province. Ce que nous voulons, c'est d'abord, en créant un type syndical unifié, mettre de l'ordre dans les syndicats médicaux actuels, qui vivent au milieu d'un gâchis presque inextricable.

C'est ensuite, grâce à cette unification, d'où sortira, nous en sommes convaincu, la prospérité, la multiplication, ramener plus aisément au pivot central la coordination des forces syndicales dont les fils, mieux isolés, mieux régularisés, devront être plus facilement assemblables. Et pour simplifier encore cet assemblage, comme aussi pour l'encourager, nous demandons la création d'un échelon intermédiaire d'Unions régionales en petit nombre, où puissent être choisis un petit groupe de délégués, apportant à Paris l'expression synthétisée des desiderata généraux.

Loin que l'Union centrale nationale puisse avoir à redouter quelque chose de ces éléments nouveaux, de ces Unions régionales, il nous paraît qu'elle doive, au contraire, n'y trouver qu'une source de fécondité appréciable et profitable aux intérêts de l'ensemble. La représentation assurée ainsi par échelonnement pour tous les adhérents sans exception des divers syndicats doit encourager d'abord l'adhésion du praticien isolé à ces syndicats ; ensuite, elle entrîane irrévocablement l'adhésion de ces syndicats à l'Union régionale et nécessairement, celle de ce dernier groupement à l'Union nationale. Au contraire, en l'état actuel des choses, ce qui éloigne précisément du syndicat pas mal de praticiens, c'est le peu de résultats positifs qu'ils y entrevoient généralement, et, ce qui condamne le syndicat à une stérilité fâcheuse, c'est la difficulté considérable qu'il rencontre, non à adhérer à l'Union centrale, mais à « communier » avec elle. Car il faut tenir compte ici de la distance qui sépare le syndicat du siège de l'Union et du nombre relativement élevé des syndicats existants ou à créer, qui pourront atteindre un chiffre supérieur à 300, d'où l'impossibilité, même pour un délégué de chacun d'entre eux de se déranger deux ou trois fois par année pour faire le voyage de Paris, souvent très long et dispendieux.

Ceci dit, voici, à notre avis, à quoi devraient être approximativement ramenés les statuts de l'Union en vue de cette organisation nouvelle.

* * *

Formation et But. — ART. 1er. — Entre les Unions régionales qui auront adhéré aux présents statuts, il est formé une Société syndicale dite :

UNION NATIONALE DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

ART. 2. — Le siège social est à Paris.

ART. 3. — L'Union nationale a pour objet : d'étudier toutes les questions professionnelles intéressant le corps médical, et de poursuivre les modifications et améliorations législatives qu'il réclame par l'organe des Unions régionales de syndicats.

ART. 4. — Elle prête son appui matériel et moral aux Unions adhérentes et à leurs syndicats.

ART. 5. — Les Unions régionales conservent leur autonomie absolue et se gèrent à leur guise.

ART. 6. — Toute Union adhérente s'engage à payer une cotisation annuelle de 2 fr. par membre.

Administration et Fonctionnement. — ART. 7. — L'Union nationale est administrée par un Conseil supérieur et par un Bureau.

ART. 8. — Le conseil supérieur se compose des délégués des Unions affiliées et se réunit au moins une fois par an, dans le premier semestre de l'année.

Chaque Union a droit à un délégué et, si elle compte plus de 400 membres, à un délégué supplémentaire par 200 membres ou par fraction de 200 membres dépassant le chiffre 100. L'Union de la Seine a droit à 6 délégués.

Les délégués au Conseil supérieur sont élus pour deux ans par leur Union. Ils sont rééligibles.

Le Conseil supérieur s'adjoindra deux sénateurs et deux députés médecins nommés par lui tous les ans.

ART. 9. — Le Bureau se compose de membres choisis dans le Conseil supérieur et par lui.

Il comprend : Un président, six vice-présidents, un secrétaire général, un secrétaire adjoint un trésorier, deux secrétaires des séances, un archiviste.

Les fonctions qui exigent la résidence à Paris : secrétaire général ou adjoint, trésorier, secrétaires des séances, seront attribuées aux délégués de l'Union de la Seine. Une fonction de vice-président ou celle de président pourra, si le Conseil le juge utile, être attribuée à un de ces délégués.

Pour assurer l'expédition des affaires courantes, une Commission permanente, composée des

BAINS DE MER & VILLÉGIATURE

LES CORBIÈRES MARITIMES

à St-SERVAN, près St-Malô (I.-et-V.)

Description des Corbières.

Les « **Corbières** » sont situées sur un plateau qui domine la vaste baie de la Rance et la mer.

Le Parc occupe une superficie de cinq hectares bornés par la mer, non pas de sable, de dunes arides, aveuglantes, mais cinq hectares d'un parc aux aspects les plus divers ; des coins ombreux pour la lecture, le repos, la causerie, la rêverie ; des prairies où paissent des vaches, des chèvres, des moutons ; des prairies, où l'on peut s'ébattre, courir, sauter, jouer au tennis, au croquet : des vergers où mûrissent au mois d'août des figues, du raisin et, aux diverses époques de l'année : des fraises, des pommes, des poires, des cerises, des prunes, des groseilles, tous les fruits savoureux du Nord et du Midi du beau pays de France. La propriété est abritée des vents du large par un bois de pins maritimes et l'hiver la température marque comme moyenne + 4° 4 centigrades, alors qu'à Nice elle n'atteint que + 3° 3 : le Gulf Stream attiédit les côtes de Bretagne.

La Plage. — A son extrémité, le parc, en une pente rapide, court jusqu'aux falaises qui le bordent sur une longueur de trois cents mètres. Dans la falaise est pratiqué un escalier qui descend sur une plage de sable fin, sur laquelle on ne peut pénétrer du dehors.

Cette grève offre aux pensionnaires, avec la solitude, les ressources du bain à marée haute et de la pêche à marée basse. Elle est située au midi, ayant en face Dinard et La Richardais ; à droite, la tour Solidor, la cité, la rade de Saint-Malo : à gauche, l'estuaire de la Rance, avec Pleurtuit, Le Minihic sur la rive opposée ; Le Briantais, Jouvente sur la même rive ; le rocher de Bizeux, à quelques encâblures au large. De nombreux bateaux, à voiles ou à vapeur, de pêche ou de plaisance, de guerre ou de commerce, sillonnent la rade et la Rance en tous sens, animant ce paysage enchanteur, dont chaque mouvement de marée, chaque heure par conséquent, fait varier le tableau.

A mi-hauteur de la falaise, sur un rocher, une maisonnette est construite, qui contient plusieurs cabines. A l'heure du bain, les pensionnaires de la maison peuvent y venir se déshabiller, trouvant là tout un confortable, inconnu dans les cabines des plages publiques. La plage des « **Corbières** » est des plus sûres : elle est de sable fin et n'est pas envahie par les algues.

Les Jeux. — Un superbe tennis, un jeu de croquet, sont installés dans le parc, près de la maison ; un vaste préau couvert, pour les jours de pluie, on a fait une salle de gymnastique bien sablée.

EXCURSIONS

Saint-Servan, où est situé l'établissement des « **Corbières** », est en communication avec :

Saint-Malo, par le pont roulant (5 minutes).
Paramé, par un tramway, 0 fr. 20 (15 minutes).
Dinard, bateau à vapeur, 0 fr. 20 (15 minutes).

De Saint-Servan, les excursions sont faciles, jolies et peu coûteuses, sur les plages renommées de la « Côte d'Emeraude », Dinard, Saint-Enogat, Saint-Lunaire, Saint-Briac, le cap Frehel.

Les excursions à Dinan en bateau par la Rance, à la baie de Cancale, par voiture ou tramway, sont merveilleuses. La visite du Mont-Saint-Michel peut se faire en une journée sans fatigue.

Les intrépides pourront pousser jusqu'à Jersey, la délicieuse île anglo-normande (trois heures de bateau).

Pendant la saison, des excursions en commun sont organisées et dirigées par un délégué du Conseil d'Administration ; voitures, wagons ou bateaux sont retenus d'avance par le Directeur qui solde toutes les dépenses. L'affiche qui fixe la date et l'itinéraire de l'excursion en indique toujours le prix approximatif, lequel doit être payé à la caisse au moment de l'inscription sur la liste des excursionnistes.

PRIX DU VOYAGE DE PARIS.

La Compagnie de l'Ouest délivre, de la veille de la fête des Rameaux au 31 octobre, des billets de bains de mer valables 33 jours et renouvelables par périodes de 1 mois en payant 10 % en sus.

Prix du billet aller et retour : Première classe ; **56 fr. 10**. — Deuxième classe ; **37 fr. 90**. — Troisième classe ; **26 fr. 75**. Durée du trajet : 7 heures 1/2.

CONDITIONS DE SÉJOUR

Du 1er juillet au 15 septembre, le prix est de huit francs par jour et par personne. Il est de sept francs à toute autre époque de l'année. Ce prix comprend trois repas, vin ou cidre compris, la chambre et le service.

Conditions spéciales pour les membres du " Concours "

Les pensionnaires qui s'absentent une journée entière, pour excursions, ne paient que la moitié du prix de la pension. Pour bénéficier de cette réduction, ils doivent prévenir la Direction, la veille au plus tard du jour de l'excursion, de leur intention de s'absenter.

Prix de Famille. — *Enfants jusqu'à huit ans : demi-tarif. — Bonnes : un franc de moins que leurs maîtres. — Réduction de 0.50 par personne payant le tarif plein et n'occupant pas seule sa chambre. Le* five-o'clock *se paie en sus.*

Quoique le nombre des chambres ait été notablement augmenté pour la saison 1906, nous engageons les personnes qui comptent venir en août à s'inscrire dès maintenant. (Droit d'inscription : 25 francs remboursés sur la facture ou acquis à l'établissement si le client ne se présente pas à la date convenue).

Adresser les inscriptions et demandes de renseignements, à M. Gonin, 4, rue Tarbé, Paris.

délégués de l'Union de la Seine et des délégués des Unions limitrophes de Paris, tiendra obligatoirement une réunion mensuelle à laquelle les autres délégués seront convoqués et pourront assister.

Art. 10. — Tous les ans, en novembre, l'Union nationale tient une Assemblée générale ordinaire.

Elle se compose :

a) Des membres du Bureau et du Conseil ;

b) Des présidents des Unions ;

c) Des délégués des Unions, à raison d'un délégué par 100 membres ou par fraction de 100 membres supérieure à 50.

Les délégués à l'Assemblée générale sont élus pour un an par leur Union. Ils sont rééligibles.

Tous les autres membres des Unions affiliées peuvent assister à l'Assemblée générale et prendre part aux discussions, mais sans pouvoir voter.

Art. 11. — Il sera publié un organe appelé *Bulletin officiel de l'Union nationale des syndicats médicaux de France*.

Un *Annuaire des syndicats* paraîtra chaque année.

Telles sont les grandes lignes du projet de statuts que nous soumettons à l'Union des syndicats médicaux de France.

Nous nous empressons d'ajouter que la haute compétence et le dévouement inlassable avec lequel les membres actuels du Bureau de l'Union ont accompli leur mission jusqu'ici les désigne tout naturellement à remplir les mêmes fonctions dans le Bureau nouveau.

On pourrait nous objecter que l'Union de France possède actuellement un Conseil d'administration comprenant une vingtaine de membres choisis dans les syndicats de province. Ces confrères, qui peuvent être très actifs et dévoués, ne représentent parfois que de petits syndicats. Ils ne sont pas, nous l'avons dit, l'émanation de l'ensemble des syndicats médicaux de France comme le seraient les délégués des Unions régionales.

*
* *

Pour donner une base à la répartition des centres urbains, qui devront être les chefs-lieux de ces grandes subdivisions régionales, nous avons étudié la fragmentation départementale du territoire français, en tenant compte des conditions géographiques et économiques (facilités de communications, etc.) et du fait que l'Union du Sud-Est, pour aider à la nouvelle organisation, laisse deux départements qui lui étaient affiliés. Nous donnons ci-dessous le détail de ce projet, qui reste, bien entendu, uniquement un projet et n'a par conséquent aucune prétention de s'imposer d'emblée et de façon définitive :

1° *Lille* : Nord, Pas-de-Calais. — 2° *Amiens* : Somme, Oise. — 3° *Rouen* : Seine-Inférieure, Eure, Calvados. — 4° *Rennes* : Ille-et-Vilaine, Manche, Côtes-du-Nord, Finistère. — 5° *Nantes* : Loire-Inférieure, Morbihan, Vendée. — 6° *Le Mans* : Sarthe, Orne, Mayenne. — 7° *Tours* : Indre-et-Loire, Indre, Maine-et-Loire. — 8° *Poitiers* : Vienne, Deux-Sèvres, Charente, Charente-Inférieure. — 9° *Limoges* : Haute-Vienne, Corrèze, Creuse. — 10° *Bordeaux* : Gironde, Dordogne, Landes, Basses-Pyrénées. — 11° *Agen* : Lot-et-Garonne, Lot, Gers, Tarn-et-Garonne. — 12° *Toulouse* : Haute-Garonne, Tarn, Ariège, Hautes Pyrénées. — 13° *Montpellier* : Hérault, Gard, Lozère, Aveyron, Aude, Pyrénées-Orientales. — 14° *Marseille* : Bouches-du-Rhône, Basses-Alpes, Alpes-Maritimes, Var, Vaucluse, Corse. — 15° *Lyon* : Rhône, Saône-et-Loire, Ain, Savoie, Haure-Savoie, Hautes-Alpes, Drôme, Ardèche, Isère, Loire. — 16° *Clermont-Ferrand* : Puy-de-Dôme, Cantal, Haute-Loire. — 17° *Bourges* : Cher, Nièvre, Allier. — 18° *Orléans* : Loiret, Eure et-Loir, Loir-et-Cher. — 19° *Versailles* : Seine-et-Oise, Seine-et-Marne. — 20° *Paris* : Seine. — 21° *Reims* : Marne, Ardennes, Aisne. — 22° *Nancy* : Meurthe-et-Moselle, Meuse, Vosges. — 23° *Besançon* : Doubs, Jura, Haute-Saône, Haut-Rhin. — 24° *Dijon* : Côte-d'Or, Yonne, Aube, Haute-Marne. — 25° *Alger* : Oran, Alger, Constantine.

Dans chacune des régions délimitées, la mise en train de l'organisation nouvelle pourrait se faire ainsi : les présidents des syndicats et, à leur défaut d'autres confrères, seraient invités à s'entendre pour convoquer sous les auspices de l'Union de France, les médecins à une Assemblée générale qui nommerait un Bureau provisoire, auquel incomberait le soin d'organiser l'Union dans un délai déterminé, un an, par exemple. Il importe avant tout de former les cadres et il appartiendrait ensuite aux confrères dévoués et énergiques qui en auraient la direction, d'en combler les vides. Ce serait pour eux une question d'initiative et d'amour-propre.

*
* *

Les Unions réuniront, par des rapports réguliers, les différents syndicats de leur région. Elles centraliseront ces forces syndicales dont elles assureront la cohésion et l'unité d'action. Elles donneront à certaines sociétés existantes une activité plus grande et provoqueront la création de syndicats là où il n'en existe pas. Depuis trois ans, l'Union du Sud-Est a vu, sous son initiative, éclore dans notre région six syndicats : Hautes-Alpes, Bourg, Bugey et pays de Gex, Chambéry, Trévoux, Valence. Les Unions feront le dénombrement des médecins de leur région et s'efforceront de développer, parmi les confrères non syndiqués, l'esprit de vraie solidarité, qui manque à la majorité des médecins, ainsi que l'a dit avec raison M. le Dr Noir, Sur 18,000 médecins environ, il n'y en a guère plus de 8,000 qui soient syndiqués, c'est-à-dire que plus de la moitié échappe actuellement à toute action de propagande par le *Concours médical*, le *Bulletin de l'Union* et autres journaux de défense professionnelle. Aucun syndicat n'aura de raison plausible de ne pas adhérer à son Union régionale et on pourra s'écrier avec M. le Dr Jeanne : « Plus de syndicats parasites ! Plus de syndicats non adhérents. La guerre des francs-tireurs a fait son temps, on ne se bat plus qu'en masse. » Les syndicats feront bloc, et l'influence du Bureau de l'Union nationale auprès des pouvoirs publics et des collectivités sera réellement puissante et efficace.

Les Unions auraient, en outre, un autre rôle à remplir. Elles devraient patronner ou faire créer des maisons de santé à prix abordables pour cette classe à fortune moyenne qui abuse actuellement des lits payants des hôpitaux. De plus, si la cotisation des syndicats médicaux était portée à 24

fr., comme le demande M. le Dr Diverneresse, et c'est la cotisation de syndicats ouvriers qui ont conscience de leur avenir; les Unions pourraient, avec leurs ressources, fonder peu à peu des laboratoires de bactériologie, d'analyses biologiques, d'hygiène, de radiographie et de radioscopie, des instituts d'électrothérapie, de radiothérapie, etc., mis à la disposition de leurs membres, sous la direction d'un confrère rétribué et compétent. Dans les grandes villes, elles pourraient fonder un enseignement libre de perfectionnement qui serait essentiellement pratique. En un mot, les Unions formeraient dans l'État des institutions libres dont bénéficieraient les médecins, les malades, les administrations auxquelles elles donneraient des conseils sur les questions d'hygiène, d'assistance, etc.

Les considérations que nous venons d'exposer seront suffisantes, nous l'espérons, pour faire comprendre la nécessité des Unions régionales.

Avant d'arriver à la fin de notre rapport, nous devons dire hautement que le *Concours médical* a eu le mérite de créer les syndicats et de les faire vivre pendant les premières années, et, qu'en conséquence, il s'est acquis les titres les plus sérieux a la reconnaissance du Corps médical.

Nous devons dire aussi que l'Union des Syndicats médicaux de France a toujours défendu avec énergie les intérêts des médecins contre les empiètements des collectivités et dans la discussion des lois concernant notre profession : son Bureau a droit à tous les éloges.

Mais, si l'organisation de l'Union, telle qu'elle a été conçue par Cézilly et ses collaborateurs, avec centralisation exclusive à Paris, a rendu d'incontestables services, il est évident, pour tout esprit impartial, qu'elle ne répond plus suffisamment aux exigences des luttes à venir. L'Union doit forcément, pour conserver toute son influence, pour rester viable et forte, c'est-à-dire utile, s'adapter aux besoins du moment. En terminant, nous rappellerons les paroles de M. le docteur Gassot, à l'Assemblée générale du *Concours médical* le 20 novembre 1904, à propos des œuvres de prévoyance et de défense professionnelle : « Une corporation comme la nôtre doit être de son temps ; elle peut garder un sourire aimable pour les *laudatores temporis acti*, mais elle doit suivre l'évolution générale. »

« Ce que nous croyons être vérité aujourd'hui pourra, après-demain, être considéré comme erreur. Eh bien ! en ce cas, nous nous transformerons encore. Nous concevrons, s'il est nécessaire, de nouveaux modes de défense, mais nous ne nous endormirons jamais. et, en marchant, nous proclamerons la nécessité du mouvement. »

Comme conclusions de ce travail, qui esquisse la direction nouvelle vers laquelle devra s'orienter l'organisation des forces de notre profession, nous proposons au Comité Directeur de l'Union du Sud-Est de transmettre à l'Union des Syndicats médicaux de France les vœux suivants :

1° Organisation des Syndicats médicaux en *Syndicats de département* ou *d'arrondissement*, auxquels s'uniraient les Syndicats locaux ;

2° Création d'une vingtaine d'*Unions régionales* dont les délégués constitueraient le Conseil supérieur d'une *Union nationale*.

Approuvé à l'unanimité :

Le Comité Directeur de l'Union du Sud-Est.

***

On a pu lire récemment dans les quotidiens que le gouvernement élabore un projet de décentralisation ou de réorganisation administrative, pour substituer le régime fédératif au régime centralisateur actuel. La pensée directrice de la réforme est que le gouvernement, tout en laissant subsister le département, veut créer la « région administrative ». Les départements groupés suivant le résultat d'études préalables — une commission sera nommée à cet effet — constitueront « une région » ayant des intérêts communs qui seront défendus et gérés par un conseil interdépartemental ou régional.

Dr B.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'eau de Châtel-Guyon dans les états constitutionnels.

Ce qui frappe dès l'abord chez tous les malades qui font usage de l'eau de Châtel-Guyon, mais plus particulièrement chez les intoxiqués profonds, chez les vrais anémiques, chez les déprimés et les épuisés, *c'est un relèvement immédiat de l'état général*, bien autrement rapide et éclatant tout au moins que les modifications ou les transformations d'ordre local. Et ainsi s'explique, se vérifie et s'affirme la formule de nos anciens : « L'eau de Châtel-Guyon est essentiellement modificatrice et régénératrice *totius substantiæ*. » Cette phrase lapidaire, que nous empruntons à un des premiers fondateurs de la doctrine Châtelguyonnaise, la tendance actuelle vers la spécialisation à outrance et la particularisation étroite des eaux minérales l'avait reléguée dans l'oubli. L'heure nous semble venue de la rappeler et de la remettre en honneur, d'en préciser la portée et d'en prouver le bien fondé. Nous n'avons d'ailleurs pour cela qu'à développer la parole célèbre de Gubler qui, en, créant dès 1872 l'expression si suggestive de « lymphe minérale » pour certaines eaux du Plateau central, lesquelles, disait-il, « représentent fidèlement l'ensemble des matières minérales nécessaires à la constitution des animaux », l'appliqua tout particulièrement à la plus célèbre de nos sources Châtelguyonnaises, à la source Gubler dont le nom rappellera éternellement l'illustre parrainage.

Chimistes et physiologistes l'ont démontré : le protoplasma animal est un véritable composé *organo-métallique*, où l'élément minéral est intimement lié à la matière protéique. Cet élément, métal ou métalloïde, les eaux minérales le contiennent et l'apportent à la cellule, pour sa constitution d'abord, pour sa vie intime ensuite, dans les conditions les plus favorables d'appropriation et d'assimilation ; entre toutes, l'eau de Châtel-Guyon, qui n'est qu' « un sérum sanguin dé-

doublé par addition d'eau ». A tel point que l'on a pu mettre entre ces deux termes : *minéralisation de l'eau de Châtel-Guyon* et *minéralisation de la matière vivante*, le signe de l'égalité ou tout au moins de l'équivalence avec la logique la plus parfaite et la plus éclatante évidence.

Cette conclusion se dégage encore bien mieux, tant de l'examen de la physionomie générale de cette eau, où l'on retrouve à peu de chose près les mêmes composants que dans l'eau de mer, ce « milieu vital » par excellence des tissus et des cellules animales, que de l'étude de chacun de ses éléments eux-mêmes, envisagés à l'état d'ions primitifs ou de combinaisons secondaires. Voyez, en effet : chlorures de sodium et de magnésium au premier rang ; puis chaux, soude et potasse, en bicarbonates et en sulfates ; ensuite du fer et de l'arsenic sous une forme éminemment assimilable ; enfin du phosphore, de la lithine, de la silice : toutes les parties composantes du corps, organes, tissus, humeurs, vont trouver là, en un ensemble complexe mais suprêmement harmonieux, l'universalité des éléments spécifiques qui leur sont nécessaires pour rénover le protoplasma cellulaire et pour maintenir en stabilité parfaite l'équilibre de la combinaison organo-métallique qui le constitue. Grâce à cet apport d'énergie sans cesse renouvelé, la vitalité de la cellule s'entretient et s'accroît ; en outre, et par un jeu admirable de balance vitale, de même que cette cellule absorbe avidement, elle rejette aussi vigoureusement au dehors les déchets qui l'encombrent et dont se saisit par le fait même le « milieu vital » qui la baigne pour les neutraliser, les annihiler, les détruire et les expulser quasi instantanément.

En considérant le rôle complexe que joue dans l'organisme l'eau de Châtel-Guyon et qui se résume en ces trois termes : *élimination*, *désintoxication* et *minéralisation*, on devine immédiatement que l'on devra placer au premier rang dans son ressort de justice les diathèses qui se caractérisent par une diminution de la stase sanguine, par une déminéralisation des humeurs et des tissus, par une altération des processus nutritifs, par le ralentissement enfin ou l'arrêt de la vie cellulaire avec toutes ses conséquences. Nous avons nommé l'*arthritisme*, pour nous servir du terme usuel dont on désigne aujourd'hui la grande classe des états constitutionnels à nutrition déviée ou ralentie. Et si l'on remarque que cette diathèse, par la force même des choses, présente ses manifestations les plus nombreuses et les plus graves dans la région sous-diaphragmatique où se cantonnent les appareils et les organes qui monopolisent tout le travail de la digestion, de l'assimilation et de la dépuration, — on ne s'étonnera pas que ce soit précisément en ces organes : foie, estomac, intestin et appareil génito-urinaire, que se révèle et s'accuse la puissance transformatrice de la source ; — on ne s'étonnera pas non plus que la pure constatation de ces résultats ait induit les observateurs à spécialiser, à localiser étroitement Châtel-Guyon dans l'intestin et ses entours, « Capitale du Ventre », soit, nous n'y contredirons nullement ; mais nous demandions et nous possédons maintenant une explication génésique du fait, qui nous éclaire, nous dirige et nous satisfait.

C'est par le même raisonnement et pour la même cause, d'ailleurs, que nous rencontrerons, à côté de ces justiciables principaux, — qu'ils se réclament de l'arthritisme lui-même ou de ses filiales —, toute une série d'autres clients désignés que nous ne ferons que mentionner : troubles de circulation : migraines, varices, hémorrhoïdes ; rhumatismes d'ordre infectieux ; tels obèses et tels diabétiques ; épuisés ou tarés du système nerveux : etc., etc. Donnons cependant une place spéciale aux *altérations du sang*, primitives ou secondaires, d'où qu'elles viennent et quelles qu'elles soient, qui trouveront dans ce sérum le meilleur des correctifs et des compléments.

On le voit : l'eau de Châtel-Guyon ne peut être considérée comme une simple médication anti-organique, antifonctionnelle ; elle recule bien autrement loin les limites de son champ d'action et nous apparaît comme *une véritable médication anticonstitutionnelle*, qui étendra ses effets bienfaisants à toute la série des états diathésiques à la base desquels nous trouverons la triple indication *de la rétention, de l'intoxication et de la déminéralisation*.

Dr A. Angelby.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement des brûlures.

Nous avons entendu souvent des confrères dire : « C'est curieux combien les progrès de la chirurgie, en ce qui concerne le traitement des brûlures, sont lents et peu satisfaisants. Tandis que les plaies de toute nature, les fractures, les opérations, les méthodes de diagnostic même ont bénéficié des immenses progrès de l'antisepsie, de l'anesthésie et de la radiographie, aucune innovation sérieuse n'a été préconisée contre les brûlures. »

C'est là, croyons-nous, une notoire erreur. Il y a longtemps qu'on n'emploie plus le cérat et le linge fenêtré, les sparadraps, les onguents et les baumes. Autrefois, toutes les brûlures restaient longtemps douloureuses et les cicatrices étaient fréquemment vicieuses et difformes. Du reste, les traitements étaient purement empiriques ; l'on se bornait à des tâtonnements sans suite.

Aussi crut-on avoir découvert le remède spécifique des brûlures quand on eut remarqué les bons effets du liniment oléo-calcaire. Le liniment oléo-calcaire, constitué par le mélange, à parties égales, d'huile d'olives et d'eau de chaux, est un topique assurément excellent que les chimistes connaissent déjà de longue date pour les services qu'il leur rend journellement.

Malheureusement, pour être efficace, le liniment oléo-calcaire doit être appliqué immédiatement après la brûlure et cette pratique n'est pas souvent réalisable.

I

L'empirisme ancien avait déjà établi un point important du traitement des brûlures, c'est que les applications de liquides aqueux et les grands lavages étaient néfastes à ce genre de lésions. Les remèdes dits « de bonne femme » consistaient à appliquer de la confiture, des pommes de terre écrasées, de l'encre ou mieux de l'huile. Dans le même ordre d'idées, nos ancêtres chirurgiens employaient l'huile d'olives, l'huile d'amandes douces et l'axonge ; puis, vinrent les onguents, les topiques gras opiacés ou belladonés, etc.

En réalité, ces modes de pansements avaient fort peu d'effet et les patients brûlés sur une large étendue ou sur une grande profondeur enduraient les plus terribles souffrances à chaque nouveau pansement. De plus, ces pansements suppuraient abominablement et exhalaient des odeurs infectes. En présence de tous ces défauts, les chirurgiens modernes essayèrent d'appliquer la méthode aseptique et même la méthode antiseptique dans toute leur rigueur. De nombreuses tentatives furent faites avec les compresses d'eau bouillie, d'eau stérilisée sous pression, d'eau boriquée, d'eau de chloral à 1 p. 100 ; mais les résultats ne furent pas merveilleux ; les pansements ne purent rester aseptiques par suite de l'élimination des escarres, des douleurs locales ne furent pas promptement calmées ; bien au contraire, elles furent accrues à chaque pansement ; enfin, les cicatrices obtenues furent souvent vicieuses et désespérément tardives.

On eut recours, alors, aux pommades préparées avec la vaseline ou la pétréoline et des substances antiseptiques ; précipité blanc, acide borique, s.-n. de bismuth, iodoforme, iodol, dermatol, mais ces préparations ne purent être continuées avec la vaseline, car la vaseline est très douloureuse sur les brûlures comme sur les plaies de vésicatoires. En fait de corps gras, le plus facile à supporter est l'axonge benzoïnée ou le beurre de cacao. On a ainsi pu employer de bonnes pommades à l'iodoforme, au dermatol, au s.-n. de bismuth qui ont l'avantage de calmer les douleurs et les cuissons et de favoriser la cicatrisation dans de bonnes conditions ; mais la durée du traitement est longue et les antiseptiques comme l'iodoforme peuvent donner lieu à une absorption trop intense et à une intoxication générale.

Le gaïacol incorporé à des pommades ou mieux à des onguents est encore la substance qui a donné les meilleurs résultats comme calmant, antiseptique et cicatrisant.

Notre sympathique collègue et ami, le Dr Dupont, nous faisait encore récemment l'éloge d'un onguent au gaïacol et aux essences aromatiques qui lui avait toujours donné des succès dans le traitement des brûlures et en particulier dans les brûlures profondes étendues et graves, que se font parfois les chauffeurs-mécaniciens sur les paquebots de la marine, où il a recueilli ses observations.

Voici la composition de cet onguent au gaïacol :

Essence d'origan..........	5 gr.
Essence de thym..........	5 »
Essence de verveine.......	5 »
Essence de géranium......	5 »
Gaïacol pur cristallisé.....	20 »
Beurre de cacao...........	400 »
Cire vierge................	400 »
Rétinol purifié...........	1200 »

De nombreux topiques analogues ont été préconisés et ont donné de bons résultats. Toutefois ces pansements ont le double inconvénient de revenir à un prix assez élevé et de produire des phénomènes d'absorption plus ou moins rapides surtout quand ils contiennent de la cocaïne, de l'iodoforme, de l'acide salicylique, du salol.

II

Après bien des essais et des tâtonnements, on est actuellement en possession d'un mode de pansement, qui ne présente guère que des avantages et fort peu d'inconvénients. Ce pansement est celui à l'acide picrique.

L'acide picrique en solution hydro-alcoolique a la propriété de dessécher, d anesthésier, d'aseptiser et de hâter la cicatrisation des brûlures à quelque degré qu'elles soient.

Mais, l'emploi de ce genre de pansement nécessite certaines précautions, car l'acide picrique est une substance toxique et caustique, quand on en abuse ; il faut être circonspect dans son application ; il faut, surtout, ne pas en empêcher l'évaporation et éviter, à tout prix, la superposition d'un taffetas gommé ou d'une étoffe imperméable. Les pansements doivent être espacés d'au moins vingt-quatre heures; plus ils sont fréquents, plus la cicatrisation est retardée.

Voici comment on doit formuler la solution picrique pour le pansement des brûlures :

Acide picrique pur..	5 gr.
Alcool à 65°...............	45 »
Eau distillée..	950 »

Cette solution doit être employée pure.

On en imbibe des compresses de mousseline stérilisée ou même de mousseline ordinaire bouillie pour en enlever l'apprêt et on applique ces compresses directement sur les brûlures, après en avoir soigneusement percé les phlyctènes. Un bon matelas d'ouate hydrophile sèche est ajusté par-dessus les compresses jaunes et une bande maintient le tout pendant 24 heures. Quelle que soit l'étendue, quelle que soit la profondeur et par conséquent, quel que soit le degré de la brûlure, le *modus faciendi* est le même.

Jamais, nous n'avons observé le moindre accident, jamais la moindre intoxication, jamais la moindre causticité. Au contraire, la douleur est rapidement calmée, une sorte de dessiccation immédiate de l'épiderme et du derme mis à nu se produit ; il n'y a pas de suppuration ; les cicatrices se forment régulièrement et sans rétraction. Bien entendu, il faut toujours avoir soin, au niveau des plis articulaires, entre les doigts, entre les orteils, aux aisselles, aux coudes, aux aines, aux jarrets, au sillon interfessier, au périnée, de faire de bons pansements isolants qui empêchent deux surfaces cruentées de s'accoler et de se souder. Mais, on n'a pas à craindre de rétraction des tissus et de la peau. L'acide picrique

kératinise les cellules de néoformation dermique et les transforme en cellules épidermiques. Les cas où la perte de substance cutanée ne se comble pas et nécessite l'emploi des greffes sont extrêmement rares, quand on a eu la persévérance suffisante dans l'application des pansements picriqués.

Une fois le pansement picriqué commencé, en effet, il ne faut pas l'abandonner et l'alterner avec de la vaseline ou une pommade quelconque. Ces tâtonnements sont absolument funestes et donnent de très mauvais résultats.

Depuis plus de dix ans que nous avons recours à ce mode de pansement, nous n'avons observé aucun des prétendus accidents signalés par les détracteurs de la méthode. Il est vrai que nous nous sommes toujours conformés à la formule dont nous avons donné ci-dessus le détail et qui a été indiquée par M. le Dr Thierry ; il est vrai aussi que nous n'avons jamais fait de pansements renouvelés plus souvent que toutes les 24 heures et que nous n'avons jamais recouvert le pansement de toile imperméable.

Le seul inconvénient que tout le monde peut reprocher à l'emploi du pansement picriqué, c'est sa coloration jaune intense, qui teint les tissus environnants de la brûlure, et les doigts de l'infirmier ou de l'infirmière faisant le pansement. Bien minime inconvénient, certes ! puisque le savon en vient toujours à bout et qu'avec un peu de précautions, on peut éviter de se teindre les ongles.

Notre conclusion est donc fort brève : Inutile de s'embarrasser de produits variés, pommades ou huiles pour les pansements de brûlures : employer systématiquement pour toutes les brûlures, à n'importe quelle région du corps, sauf aux yeux, des compresses imbibées de solution hydro-alcoolique d'acide picrique, les renouveler toutes les 24 heures et les recouvrir de coton hydrophile sec, comprimé par une bande.

Dr Paul Huguenin.

THÉRAPEUTIQUE

De l'utilité de la médication purgative. Du choix d'un purgatif. L'Eau de Condal.

Il y a, en médecine comme dans tout autre ordre d'idées, des sujets qui, s'imposant à l'attention d'une façon pour ainsi dire constante, passionnent plus vivement l'intérêt, au gré de l'actualité. A l'occasion de recherches patientes, d'expériences ingénieuses, de découvertes intéressantes, tel fait, jusqu'alors obscur, ou insuffisamment expliqué, s'éclaire d'une lueur nouvelle et permet de donner, de certains phénomènes mal connus, une interprétation satisfaisante. C'est ainsi que l'introduction de la notion de cryoscopie dans les relations qui unissent les solutions salines introduites dans l'organisme à certains actes physiologiques, donnent à la médication purgative un regain de vogue.

Il est inutile, n'est-il pas vrai, au regard de médecins rompus à la pratique de leur art, de s'appesantir sur l'importance de cette médication en thérapeutique. Il est seulement curieux de constater qu'en cette matière les connaissances scientifiques se trouvent d'accord avec l'instinct du populaire qui a toujours eu, d'intuition, l'habitude de combattre tout début de malaise par une « bonne purge. » S'il est quelques cas où cette pratique peut avoir des inconvénients, il n'en reste pas moins vrai que, le plus souvent, elle a sa raison d'être, justifiée par des considérations qui reposent sur la genèse et l'évolution de la plupart des états morbides. De sorte que, dans cette circonstance au moins, il apparaît légitime de dire : « *Vox populi, vox dei* ! c'est-à-dire : *vox veritatis* !

La médication purgative se propose de produire trois effets principaux : 1° l'évacuation, le déblaiement, la désinfection de la portion abdominale du tube digestif ; 2° la révulsion sur la muqueuse de l'intestin ; 3° la dérivation, par la suractivité fonctionnelle du vaste émonctoire, de la glande volumineuse que représente cet organe. Correspondant à des indications différentes, ces trois conséquences de l'acte purgatif, chacune avec la priorité que lui donne tel symptôme de premier plan et le but qu'il s'agit d'atteindre, sont cependant inséparables et heureusement associées, si bien qu'il n'y a pas, qu'il ne peut pas y avoir superévacuation sans révulsion, ni dérivation, et vice versa.

Les maladies aiguës, fonction d'infection, les grandes pyrexies, s'accompagnent immanquablement d'un embarras gastro-intestinal qui réclame un énergique et fréquent balayage du tube digestif. Et n'a-t-on pas établi, par la numération des germes pathogènes expulsés au cours d'une purgation, que la meilleure manière de réaliser l'antisepsie interne est, sans contredit, la méthode évacuante.

Les affections de l'appareil digestif lui même, et *a fortiori*, les localisations morbides du tractus intestinal et de ses annexes, les entérites, les dysenteries, les congestions et inflammations du foie, utilisent à la fois les propriétés désobstruantes, modificatrices et substitutives des purgatifs, recherchés en outre pour décongestionner, désengorger les organes voisins et l'appareil uro-génital en particulier.

Les œdèmes plus ou moins généralisés qui succèdent aux ruptures d'équilibre des lésions mal compensées du système cardio-vasculaire, trouvent, dans la décharge aqueuse produite au niveau de la muqueuse intestinale par une vigoureuse action purgative, l'auxiliaire précieux qui facilitera leur résorption.

Les insuffisances rénales passagères ou permanentes sont très favorablement suppléées, au moins pendant un certain temps, par la mise en suractivité de la fonction éliminatrice.

Les inflammations des centres nerveux sont au moins modérées, sinon enrayées par la fluxion intense provoquée dans l'intestin par la médication purgative, celle ci demeurant d'ailleurs le meilleur prophylactique des hémorrhagies et ramollissements cérébraux, points de départ fréquents de ces inflammations.

Certaines maladies chroniques, certaines diathèses qui ont peut-être une origine infectieuse, et qui se caractérisent en tous cas par un ralentissement dans les échanges nutritifs et un encombrement de l'organisme dû à un excès de déchets excrémentitiels, ont besoin que non seulement la régularité de l'exonération intestinale

soit assurée, mais encore que, de temps en temps, un grand coup de balai dans l'intestin vienne, au moyen d'une purgation, procéder à un complet et nécessaire nettoyage.

Quel que soit donc le chapitre de pathologie abordé et si l'on en excepte quelques rares contre-indications, telles que la période d'ulcération de la fièvre typhoïde, l'occlusion intestinale par étranglement, bride, etc., la purgation peut être considérée comme faisant partie intégrante et inévitable de toute bonne thérapeutique.

Ainsi se justifie scientifiquement l'importance d'une médication qu'un empirisme heureux avait depuis longtemps élevée à la hauteur d'un dogme.

* * *

Faut-il voir dans la quantité incommensurable de médicaments purgatifs mis à la disposition des médecins et des malades un corollaire de cette importance, ou bien cette profusion vraiment excessive ne servirait-elle qu'à masquer, par la richesse du nombre, l'indigence de la qualité ? La vérité est que le règne végétal et le règne minéral ont été mis largement à contribution par des spécialistes affairés à donner un nom ou leur nom à la panacée qu'ils proposent toute parée de grâces particulières et de vertus magiques. Quant à nous, nous gardant d'une critique par trop aisée et réservant certains drastiques pour quelques circonstances bien déterminées, justiciables d'une intervention énergique, violente même et rapide, nous n'hésitons pas, dans la grande majorité des cas, à donner la préférence à la purgation saline.

Le degré de concentration des solutions de sels minéraux qui définit, l'hypo, l'iso et l'hypertonie règle en effet, ainsi que les recherches auxquelles nous faisions allusion au commencement de cet article l'ont démontré, les conditions des phénomènes d'osmose qui sont à la base de l'acte purgatif, sans préjudice, d'ailleurs, des effets irritatifs ou moteurs qui en sont un élément immédiat par contact, ou éloigné par contre-coup. C'est donc en vertu d'un choix raisonné que nous nous rallions à des médicaments dont le mécanisme d'action, bien mis en lumière par ces acquisitions récentes, nous permet d'agir en connaissance de cause, sachant ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons. Ceci dit, nous restreignons encore ce choix et nous entendons demeurer fidèle au sel que tout contribue à démontrer comme l'idéal purgatif : nous avons nommé le *sulfate de soude*. Absence de toxicité, effet sûr et rapide, saveur acceptable, surtout si on la compare à celle du chlorure de sodium, ou du sulfate de magnésie, réaction modérée, telles sont les qualités que nous reconnaissons au sulfate de soude, nommé encore, à juste titre, le spécifique de l'entérite, et qui établissent sa supériorité d'une manière incontestable.

La nature contient des réserves immenses de sulfate de soude, associé d'une façon plus ou moins complexe à d'autres sels minéraux. Or, par une coïncidence qu'on serait presque tenté d'appeler miraculeuse, si on croyait encore au miracle, il existe une eau minérale naturelle : l'eau de Condal, qui, pour une minéralisation totale de 51 gr. 5, contient 44 gr. environ de sulfate de soude. C'est une solution sulfatée sodique à l'état quasi pur. Les eaux minérales n'ont jamais joui d'une vogue plus grande qu'à notre époque de progrès gigantesque dans les sciences physiques, et la connaissance des propriétés radio-actives de certains corps, de l'électro-dynamique, a jeté une clarté lumineuse sur les raisons jusqu'alors ignorées, ou du moins à peine soupçonnées, de la valeur prépondérante de ces agents naturels doués de vertus comparables, jusqu'à un certain point, à celles de la matière vivante. Et voilà précisément que les laboratoires mystérieux de l'hypogée terrestre nous fournissent toute préparée l'idéale solution minérale, à laquelle la solution artificielle des laboratoires des droguistes ressemble comme le strass ressemble au diamant. Dès lors, notre embarras disparaît quand nous avons à formuler une purgation, et nous avons toutes les raisons les plus sérieuses, tous les arguments les plus solides pour prescrire et recommander l'eau de Condal, qui bénéficie, par surcroît, d'un goût infiniment moins désagréable que la plupart des autres eaux purgatives.

Nous conseillons donc l'eau de Condal, comme le purgatif de choix, administré à des doses variant, suivant la susceptibilité des individus et l'effet qu'on veut obtenir, d'un verre à bordeaux à une bouteille entière, pris le matin à jeun. Cette question de dose restant évidemment soumise à l'appréciation du médecin, nous terminons par cette remarque finale particulièrement rassurante que la sûreté d'action de l'eau de Condal demeure toujours inséparablement liée à une absolue innocuité.

Dr E. D. Gaston.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LE CONGRÈS DE L'EXERCICE ILLÉGAL.

Rapport du Dr Gouffier, trésorier.

Messieurs,

Quand il présente un budget où la colonne des recettes domine celle des dépenses de la hauteur d'un excédent respectable, le trésorier a un rôle à la fois facile et agréable. Ce rôle est le mien aujourd'hui. Mais si je puis vous rapporter des comptes qui n'assombriront aucun front par la perspective — trop connue des organisateurs de Congrès — de douloureuses supplémentaires à acquitter, vous me permettrez d'en attribuer le mérite à ceux qui ont été les dispensateurs économes et attentifs des fonds dont ils avaient la gestion et la responsabilité. C'est à MM. Brouardel, Duchesne et Levassort, que nous devons — autant peut-être qu'à la générosité de nos Sociétés professionnelles et de nos souscripteurs — la prospérité de notre situation financière. Ménageant scrupuleusement nos deniers, ils rivali-

sèrent, pendant les deux années qu'ont duré la préparation de ce Congrès, de bonne administration, de prudence et d'économie. Jamais votre trésorier n'eut à entr'ouvrir sa caisse pour défrayer nos deux présidents des débours de toutes sortes qu'entraînait journellement pour eux la préparation de ce Congrès.

Quant au docteur Levassort, il faut l'avoir vu à l'œuvre, pendant ces deux années pour apprécier la valeur des sacrifices de tout ordre que peut faire un homme qui se voue tout entier — corps, âme et porte-monnaie — à l'œuvre qu'il a conçue, en l'utilité de laquelle il a foi et qu'il veut mener à bien. Je crois, Messieurs, ne pas sortir de mes attributions et être votre exact interprète en remerciant hautement ici ces trois hommes de bonne volonté de tout ce qu'ils ont donné à l'œuvre commune dont ils furent les bons et les inlassables ouvriers.

Recettes.

Nos recettes s'élèvent au 31 mai

à **10.419 francs 55.**

Elles se décomposent de la façon suivante :

Subventions de 58 Sociétés médicales...	6.029 40
Cotisations de 213 membres titulaires...	4.260 15
Cotisations de 5 membres adhérents....	50 »
Cotisations de 5 membres associés......	50 »
Dons de deux Confrères................	20 »
Vente d'un exemplaire du volume des Rapports........................	10 »
	10.419 55

Il conviendra d'ajouter à ce chiffre le produit d'un recouvrement de cotisations, donné à effectuer au Crédit Lyonnais. Ce recouvrement porte sur 37 cotisations de membres titulaires ; 15 d'entre elles nous ont été retournées impayées; sous la réserve qu'elles seront les seules dans ce cas, il convient donc d'ajouter à la somme ci-dessus énoncée, le produit de 22 cotisations, soit 440 francs. Cette somme, si elle est encaissée, portera le total définitif de nos recettes à **10.859 francs 55.**

Dépenses.

Au 25 mai 1906 nos dépenses s'élevaient à

6.949 francs 20.

Elles se décomposaient, pour les principales, de la façon suivante :

Personnel...........................	2.696 65
Impression des circulaires, des bulletins d'adhésion et de cotisations, des en-têtes de lettres, etc. (environ)........	700 »
Impression et édition du volume du Rapport...........................	1.997 »
Location de salles, de machines à écrire.	235 »
Allocation au Dr Sentourens pour son ouvrage « Les Charlatans de la médecine »........................	100 »
Total	5.728 65

Le complément du total des dépenses, soit **1.222 francs**, a été employé à solder les menues dépenses journalières, articles de bureau, timbres, frais de publicité, frais du déplacement du personnel, etc.

Mais ce chiffre de **6.949 francs 20** de dépenses n'est que provisoire. Aucune des dépenses engagées pendant le mois de mai n'est, à l'heure présente, acquittée. Nos frais de personnel, de bureau, d'impression ; les frais du Congrès (Sténographes, huissiers, etc.) ne pourront être connus d'une façon précise et par suite payés que dans quelques jours. Il est certain qu'ils élèveront sensiblement le chiffre de **6,949 francs 20** que je viens de vous énoncer. Mais il est certain aussi qu'ils n'absorberont pas ce qui reste dans notre caisse et qu'il y demeurera un reliquat sur l'emploi duquel nous vous demanderons de nous fixer. Votre Commission d'initiative a pensé que ce reliquat ne saurait être mieux employé qu'à servir de fonds de constitution à l'*Office central de répression de l'exercice illégal* dont elle vous a proposé la création. Si tel est votre avis, nous verserons à cet office ce que notre caisse renfermera après le règlement définitif de nos dépenses.

Messieurs, avant de clore cet aride exposé, me permettrez-vous d'en extraire ce qui me paraît surtout le caractériser ?

Qu'il se soit trouvé 58 Sociétés professionnelles pour nous apporter leur concours et quelle qu'ait été l'importance financière de celui-ci; qu'il se soit traduit par l'envoi des **1000 francs** de l'Union des Syndicats, des **500 francs** de l'Association générale, des **500 francs** du Concours, des **500 francs** du Sou médical, ou par l'apport plus modeste des **50** ou **25 francs** de Sociétés moins puissantes et moins fortunées, le fait seul de cette affluence de Sociétés contribuant à ce Congrès vous paraîtra important, réconfortant, digne d'être mis en relief. A cette époque où les groupements sociaux les plus divers se constituent et s'agglomèrent pour défendre les intérêts que la résistance individuelle ne suffit plus à sauvegarder, la présence ici des délégués de nos 58 Sociétés montre que les médecins, eux aussi, comprennent et pratiquent l'urgente nécessité du groupement et de l'union, seules capables d'assurer le triomphe de leurs plus légitimes revendications.

Enfin, Messieurs, et pour terminer, laissez-moi, au nom de la Commission d'initiative, exprimer nos remerciements aux 225 collègues qui nous ont apporté l'encouragement de leur adhésion. Sur la liste de ces bons confrères, de ces militants de la défense professionnelle, les noms des professeurs de la Faculté, des membres de l'Académie de Médecine, sont mêlés à ceux des humbles praticiens de la ville et de la campagne. Et ce n'est peut-être pas un des résultats les plus négligeables de ce Congrès d'avoir donné à cette confraternité, — que d'aucuns estiment trop rare — l'occasion de se produire et de s'affirmer.

Dr Gouffier,
24, rue de Chartres, à Neuilly-sur-Seine.

Un remerciement public.

M. le Professeur Brouardel, profondément touché du sentiment de reconnaissante et discrète sympathie qui a guidé les membres du Congrès dans le choix d'un souvenir à leur Président, nous prie de leur transmettre ses remerciements sincères et les assure de son entier dévouement à la cause médicale.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

FINANCIÈRE MÉDICALE

Rapport du Conseil d'administration de la Financière Médicale pour l'exercice 1905 qui sera présenté à l'Assemblée générale du 28 juin 1906.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter, au nom du conseil d'administration, le rapport sur le fonctionnement de la Financière Médicale pour l'exercice 1905.

BILAN AU 31 DÉCEMBRE 1905.

Actif :

Société générale	9 »	
Société française de reports et dépôts	56.884 70	
La Participation	7.891 35	
Comptes courants	123.120 »	
Caisse	23 62	
Frais de constitution et d'établissement	6.103 »	
Avances à l'Etat	165 02	
Maison de santé de La Plaine Monceau	43.021 68	237.218 37

Passif :

Capital	220.000 »	
Créditeurs divers	533 75	
Réserve légale	1.742 05	
DIVIDENDES RESTANT A PAYER.		
Coupon nº 1	543 »	
» nº 2	534 »	
» nº 3	907 50	
» nº 4	1.626 »	
» nº 5	2.733 »	
PROFITS ET PERTES.		
Report de 1904	1.307 17	
Solde de l'exercice 1905	7.291 90	237.218 37

COMPTES DE PROFITS ET PERTES.

Doit :

Frais généraux	3.696 20	
Amortissement des frais de constitution	452 08	
Solde mentionné au bilan	7.291 90	11.440 18

Avoir :

Intérêts de la Participation	7.891 35	
Intérêts de la Mon de santé de La Plaine Monceau	3.021 68	
Intérêts de la société française de reports et dépôts	527 15	11.440 18

Comme vous pouvez le constater, les chiffres de ce rapport sont sensiblement les mêmes que ceux de l'année précédente, à quelques petites différences près que je vais vous signaler.

A l'actif, le chapitre comptes courants constitué par les prêts faits à la participation, qui s'élevait en 1904 à 188.800 fr., ne s'élève plus, cette année qu'à 123.120 fr., par suite de remboursements effectués par cette Société, soit une diminution de 65.688 fr., mais, par compensation, l'actif de la Société des reports et dépôts est en augmentation de 48.853 fr. 56 et le compte de la Société de la Plaine Monceau en augmentation également de 20.882 fr. 40. En somme, il s'agit d'un simple déplacement de créances.

En outre, les frais de constitution et d'établissement de notre Société ne s'élèvent plus qu'à la somme de 6.103 fr.

Au passif, la réserve légale atteint le chiffre de 1.742 fr. 05 et les dividendes restant à payer sur les coupons échus, qui s'élevaient l'année dernière à 5.126 fr. 50 pour 4 coupons, ne s'élèvent plus, cette année, qu'à 4.343 fr. 50 pour les 5 coupons échus.

C'est le 1er juillet de cette année que, conformément aux statuts, seront périmés au bénéfice de la caisse, les coupons nº 1 qui n'auront pas été touchés. Au 31 décembre 1905, il restait encore pour 543 fr. de coupons nº 1 non payés, mais, depuis cette époque, en exécution des décisions prises antérieurement, chacun des retardataires a été prévenu individuellement et en temps utile, par lettre fermée, de la perte qu'il aurait à subir au cas où il n'en réclamerait pas le paiement avant le 1er juillet 1906. Depuis cette époque, un très grand nombre de porteurs se sont mis en règle et votre conseil ne méritera les reproches d'aucun des confrères négligents.

Le solde bénéficiaire de l'exercice 1905 s'élève à 7.291 fr. 90 contre 7.748 fr. 05 en 1904, en petite diminution par suite de la perte d'intérêts passagère sur les fonds remboursés par la Participation et qui ont été employés depuis.

En somme, la situation de notre Société reste sensiblement identique à ce qu'elle était précédemment, avec cette différence que les nouveaux prêts effectués par elle ne le sont plus pour 20 ans comme ceux qu'elle faisait à la Participation, ce qui permet d'entrevoir pour un avenir plus ou moins éloigné une liquidation facile qui est désirable, maintenant que le but qu'elle s'était proposé d'atteindre, savoir la lutte contre les compagnies d'assurances accidents et le relèvement des honoraires médicaux, est un fait accompli.

Votre Conseil vous demande d'approuver les comptes que je viens de vous présenter et vous proposera ensuite une répartition des bénéfices de l'exercicice 1905, identique à la précédente, savoir :

RÉPARTITION.

La somme à répartir se compose de :

1º Report de l'exercice 1904	1.307 17	
2º Solde de l'exercice 1905	7.291 90	8.599 07

Nous proposons la répartition suivante :

1° 5 % à la réserve légale....	429 96	
2° Dividende à raison de 3 fr. par action..............	6.600 »	
3° Impôt sur le dividende...	275 »	
4° A reporter à l'exercice suivant....................	1.294 11	8.599 07

L'Administrateur délégué,

Dr Maurat.

Syndicat médical de la région de Bourg

Suite et fin (voir le n° précédent du « Concours »)

(*Assemblée générale du 5 avril 1906.*)

IV. — *Rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances-accidents et application du tarif officiel pour les accidents de travail.*

Le Dr Servas donne lecture d'un travail mettant au point la conduite à tenir par le médecin dans le cas d'accidents du travail en se conformant à la loi du 31 mars 1905 modifiant celle du 9 avril 1898.

Le rapporteur s'est surtout inspiré des nombreux et intéressants articles parus à plusieurs reprises dans le *Concours médical.* Il en tire comme conclusions la ligne de conduite suivante à tenir pour le médecin :

1° S'assurer que le sinistre tombe bien sous le coup de la loi de 1898 modifiée par celle de 1905 et, avant toute discussion, s'en rapporter au texte de cette loi. En dehors de ces cas, le tarif officiel n'a pas à intervenir.

2° Le tarif officiel n'est applicable que dans le cas où le blessé a fait choix lui-même de son médecin.

3° Dans tous les autres cas, et ce sont de beaucoup les plus nombreux, c'est le tarif syndical qui doit être appliqué.

4° Pour éviter les contestations:

a) Demander toujours un bulletin signé du patron.

b) Produire une note d'honoraires très détaillée et en conserver le double ;

c) Toujours adresser la note au patron et non à l'assurance ou à son représentant.

5° Si les Compagnies contestent les notes, faire appeler le patron devant le juge de paix du canton où s'est produit l'accident, produire la note détaillée et le bulletin du patron.

6° Si le blessé a fait choix lui-même du médecin, et que ce médecin ne soit pas celui de la Compagnie d'assurances ou du patron, alors seulement le tarif officiel est imposable *en cas de contestation.*

7° Refuser toute relation avec les agents d'assurances.

V. — *Application dans le département de l'Ain, de la loi du 15 février 1902 sur la Santé publique.*

Le Dr Meneault appelle l'attention du Syndicat sur le fonctionnement du service des désinfections prévu par la loi.

A vrai dire, ce service n'existe pas, ou du moins son action est nulle, ce qui rend illusoire et parfaitement inutile la déclaration imposée aux médecins des maladies épidémiques.

Les étuves à pression qui existent dans le département sont d'abord insuffisantes ; de plus, elles ne sont pas transportables et plusieurs ne sont plus en état de fonctionner (celle de l'hôpital de Bourg notamment).

A ce sujet, le Dr Passerat fait observer qu'il n'y a plus de désinfection à l'Hôtel-Dieu de Bourg depuis plusieurs mois, que l'étuve à vapeur n'est plus en état de fonctionner. Un conflit est né à ce sujet entre les diverses administrations, mais l'étuve reste pendant ce temps inutilisable, ce qui est fort préjudiciable à la santé publique, l'Hôtel-Dieu de Bourg recevant constamment des maladies contagieuses ou épidémiques.

Le Dr Meneault rappelle combien est défectueux le système de distribution gratuite de sérum antidiphtérique aux indigents.

Ce sérum ne peut pas être délivré par les pharmaciens au titre de l'Assistance médicale gratuite ; mais il en existe quelques flacons en dépôt dans les préfectures et sous-préfectures. Ce sérum ne peut être remis qu'au malade lui-même, qui doit donc se transporter au chef-lieu d'arrondissement pour avoir droit au tube gratuit de sérum administratif.

Ce mode de distribution est, on le comprend, à peu près inutilisable en pratique. Le Syndicat émet le vœu qu'en cas d'épidémie, des flacons de sérum antidiphtérique soient adressés directement aux mairies, sur production d'un certificat d'un médecin indiquant leur nécessité urgente.

VI. — *Questions diverses.*

Il est donné connaissance des questions étudiées dans diverses associations voisines.

1° De l'Assemblée générale du Syndicat de l'arrondissement de Trévoux à laquelle assistait le Dr Servas ;

2° De celle du Syndicat de Belley, Gex et Nantua, à laquelle notre Syndicat était représentée par son président, le Dr Passerat;

3° Enfin de celle de l'Union des Syndicats du Sud-Est qui a eu lieu à Lyon, 13 mai, et à laquelle assistait le Dr Passerat.

Le Syndicat déclare s'associer à la réclamation portée par un de ses membres devant le Syndicat de Louhans au sujet des agissements d'un confrère voisin faisant partie de ce dernier groupement : ces agissements paraissant peu conformes aux principes de déontologie admis dans la plupart des syndicats.

Deux nouveaux confrères demandent à faire partie du Syndicat : ce sont MM. Chapoy, de Marboz, et Montmain, de Saint-Nizier-le-Bouchoux. Conformément aux statuts, la prochaine Assemblée générale du Syndicat aura à voter sur leur admission.

Le mandat des membres du Bureau étant arrivé à expiration, l'Assemblée procède à son renouvellement. L'ancien Bureau tout entier est réélu, c'est-à-dire :

Président : Dr Passerat, de Bourg.
Vice-présidents : Dr Démias, de Pont-d'Ain.
Dr Meneault, de Pont-de-Vaux.
Secrétaire : Dr Servas, de Bourg.
Trésorier : Dr Touillon, id.

Sont nommés syndics pour l'année 1906 : MM. les docteurs Pitre, de Saint Julien-sur-Reyssouze; Tignel, de Jujurieux ; Micaud, de Bourg.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire.

Dr Servas.

REPORTAGE MÉDICAL

ERRATUM. — Le travail sur la législation des Enfants assistés paru sous la signature de notre collaborateur M. le docteur Barthès, Inspecteur départemental de l'Assistance publique des Pyrénées-Orientales, est extrait de « Pages Libres » du 14 avril 1906.

Distinctions honorifiques. — Nous enregistrons avec grande satisfaction la nomination au titre de correspondant national de l'Académie de médecine de M. le Dr TROLARD, professeur d'anatomie à l'école d'Alger.

Le *Concours* se souvient que ce distingué confrère fut des premiers à répondre à l'appel de Cézilly pour la défense professionnelle et l'organisation solide de nos œuvres de prévoyance.

Circulaire relative à l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale en 1906. — Paris, le 27 mai 1906. Le ministre de la guerre à MM. les gouverneurs militaires et les généraux commandant les corps d'armée.

Le nombre des médecins de réserve et de l'armée territoriale à convoquer en 1906 sera fixé, dans chaque grade, aux chiffres ci-après indiqués :

RÉSERVE (période de quatre semaines).	
Médecins-majors de 2e classe	10
Médecins aides-majors de 1re classe	67
Médecins aides-majors de 2e classe	432
Total	509
ARMÉE TERRITORIALE (période de deux semaines).	
Médecins-majors de 2e classe	29
Médecins aides-majors de 1re classe	216
Médecins aides-majors de 2e classe	78
Total	323

La convocation et l'instruction des médecins de réserve et de l'armée territoriale seront assurées dans les conditions fixées par l'instruction du 28 décembre 1898 sur l'administration des officiers de réserve et des officiers de l'armée territoriale (dispositions spéciales au service de santé, art. 16, 17, 18 et 19), sous réserve des modifications ci-après :

La durée de la période d'instruction sera réduite s'il y a lieu, pour chaque médecin de réserve ou de l'armée territoriale, dans les conditions fixées par la circulaire du 27 mars 1906, portant modifications au règlement ministériel du 16 juin 1897 sur le recrutement, la répartition, l'instruction, l'administration et l'inspection des officiers de réserve et de l'armée territoriale.

Il demeure entendu que les exercices spéciaux du service de santé en campagne rentrent dans la catégorie des séances pratiques d'instruction qui, aux termes de cette circulaire, sont de nature à faire bénéficier les officiers y ayant assisté d'une réduction de la période normale d'instruction.

D'autre part, pour les médecins de réserve ou de l'armée territoriale affectés aux formations sanitaires. les directeurs du service de santé reçoivent la latitude de les convoquer pendant une partie ou même la totalité de leur période d'instruction dans certains centres ou seraient organisées des conférences sur les règlements concernant le service de santé militaire, des démonstrations du matériel sanitaire de mobilisation et enfin, si possible, des applications sur le terrain du fonctionnement des formations sanitaires de campagne.

Ces convocations seront appliquées de préférence aux médecins aides-majors de 1re classe de réserve ou de l'armée territoriale susceptibles d'être proposés pour le grade supérieur et l'instruction pratique qui leur sera ainsi donnée pourra tenir lieu du cours préparatoire prévu par la circulaire du 22 février 1902.

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale sont d'ailleurs autorisés à demander des changements de lieu de convocation ou des stages sans solde dans les conditions arrêtées par l'article 18 visé ci-dessus et libellé ainsi qu'il suit :

« C'est au directeur du service de santé de leur corps d'armée d'affectation que les médecins de réserve et de l'armée territoriale doivent adresser les demandes qu'ils pourraient formuler en vue d'obtenir soit un sursis ou devancement d'appel, soit un changement de lieu de convocation ou une autorisation de stage sans solde.

« Ce directeur statue sur les demandes dont il s'agit, à moins qu'elles ne tendent à l'accomplissement d'une période normale d'instruction ou d'un stage sans solde dans un corps d'armée autre que celui auquel les intéressés sont affectés.

« Dans ce cas, les demandes, instruites d'abord par le directeur du service de santé du corps d'armée d'affectation, sont soumises à l'appréciation du général commandant le corps d'armée, qui les transmet, en cas d'acceptation, au général commandant le corps d'armée sur le territoire duquel les médecins désirent être convoqués.

« Ce général statue sur les demaddes qui lui sont adressées après avoir pris l'avis du directeur du service du corps d'armée. »

Il est entendu également que si les médecins d'un grade déterminé venaient à faire défaut, le directeur du service de santé du corps d'armée convoquerait à leur place les médecins du grade immédiatement inférieur. Eug. ETIENNE.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours clinique et pratique de manœuvres de diagnostic (examens de malades et techniques de laboratoire) commencera le lundi 17 septembre 1906 (matin), et comportera 24 leçons, faites le matin à 9 h. 1/2 et le soir à 2 h. 1/2 dans les salles et au laboratoire de la clinique Laënnec par MM. Marcel Labbé, agrégé, et Léon Bernard, médecin des hôpitaux ; Lortat-Jacob, Laignel-Lavastine et Salomon, chefs de clinique ; Henri Labbé, chef de laboratoire, sous la direction de M. le prof. Landouzy.

Le montant des droits à verser est de 100 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire en outre la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs au cours sont délivrés dès à présent jusqu'au 17 septembre 1906, au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

— Les travaux pratiques de laryngologie, rhinologie (examen et traitement des malades) ont lieu à la clinique de M. Castex, chargé de cours (école pratique), rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 15, de 3 à 5 h. toute l'année sans interruption.

Le droit de laboratoire pour chaque série d'un mois est de 50 francs. Un certificat d'études est délivré aux élèves,

— MM. Monthus et Cantonnet, chefs de clinique, commenceront le 23 juillet 1906 à 2 h., à l'Hôtel-Dieu (polyclinique Panas), un cours de revision et d'examens cliniques ophtalmologiques. Le cours aura lieu tous les jours et comprendra dix-huit leçons. Les élèves seront exercés individuellement à la technique ophtalmologique et à la bactériologie.

— A la suite du dernier concours sont nommés prosecteurs d'anatomie de la Faculté : MM. Okinczyc et Gernez.

— M. Bonnaire, agrégé, accoucheur, de l'hôpital Lariboisière, fera, au mois de juillet, un cours de pratique des accouchements avec manœuvres obstétricales pour les docteurs en médecine français et étrangers. Se faire inscrire à la maternité de Lariboisière.

Le Directeur-Gerant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année — N° 26 — 1er JUILLET 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les griefs des médecins contre les grands industriels et les sociétés d'exploitation.

Les industriels emplissent les journaux de leurs gémissements à propos des violences et des faits de pression exercés contre eux par leurs ouvriers en état de grève. Ces chefs d'industrie ont-ils bien le droit d'accuser de violence leurs ouvriers ; ont-ils sur ce chapitre la conscience bien pure ? Ont-ils été toujours bien respectueux eux-mêmes des lois qui protègent la santé ou la liberté de leurs ouvriers ? N'ont-ils jamais, par exemple, empêché les blessés d'user du droit que la loi leur donne de se faire soigner par le médecin de leur famille ? A ce propos, un de nos abonnés nous communique la très intéressante lettre suivante qui révèle un état d'esprit nouveau parmi les médecins, et qui met en lumière, et d'une manière impressionnante, les conséquences de la conduite imprudente des industriels qui, pour le plus grand dommage de l'ordre social actuel, se sont mis à la remorque des Compagnies d'assurances.

Monsieur le Directeur,

Voulez-vous, si vous le croyez intéressant, faire part à vos abonnés des quelques réflexions suivantes que me suggèrent les plaintes des patrons contre les grèves actuelles ?

« Le blessé a le droit absolu de choisir son médecin ». Voilà, à l'heure présente, la cause de la guerre qui est ouverte entre les médecins indépendants et les Compagnies d'assurances représentées par les patrons. Les législateurs qui ont inséré cet article dans la loi du 9 avril 1898 ne prévoyaient pas les atteintes que subirait ce droit absolu, et, pourtant, il ne se passe pas un seul jour, sans que des médecins racontent que tel patron, telle Compagnie d'assurances, a détourné un blessé de leur cabinet.

Que la Compagnie cherche à diriger ses blessés vers ses médecins, c'est peu honnête ; mais, enserrant le blessé dans ses griffes, elle pourra lui supprimer son demi-salaire, dès que cette suppression ne paraîtra pas trop monstrueuse (en exécution du paragraphe 3 de l'article 15, si malheureusement défendu par M. Paulet) et s'il persiste une incapacité, la rente qu'elle lui servira sera toujours très inférieure à celle qu'aurait pu faire allouer un médecin libre.

Nos récriminations ne vont pas aux petits industriels qui, vivant au milieu de leurs ouvriers, s'en forment une seconde famille. Les coupables sont les grands fabricants, les usiniers, les sociétés d'exploitation qui n'ont qu'une seule préoccupation : faire donner à la machine humaine le plus grand rendement possible. Il était naturel de penser que médecins et industriels, fils de bourgeois, imbus des mêmes idées, présentant les mêmes goûts, allaient entretenir les meilleures relations et soutenir d'un commun accord leurs légitimes intérêts. Bien au contraire, les patrons se font un plaisir de mécontenter les médecins en engageant le blessé à aller se faire soigner chez le médecin de la Compagnie et pour cela ils ne craignent pas d'user de violence et de le menacer d'un renvoi. Que penseraient les patrons, si, à titre de représailles, nous poussions leurs ou-

vriers à la grève et si nous détournions leurs clients ? Ils n'auraient pas tort de considérer notre manière d'agir comme malhonnête. Eh bien ! ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'on te fît. Il est vrai que les patrons et leurs représentants ne sont pas entièrement responsables, car les agents des Compagnies les poussent à diriger leurs blessés vers le siège de la Compagnie, et l'ouvrier, ignorant de ses droits, se laisse docilement mener jusqu'à ce qu'il ait une difficulté avec la Compagnie ; ce jour-là seulement il apprend qu'une loi contre les accidents existe et qu'elle contient des articles faits pour sauvegarder ses intérêts.

Les Compagnies d'assurances ont si bien compris l'influence morale que pouvaient avoir les patrons sur leurs ouvriers, qu'elles ont souvent forcé les chefs d'entreprise à acquérir des actions de leurs Compagnies ; la liberté d'action des patrons est ainsi complètement annihilée.

L'ouvrier blessé, ne pouvant compter sur son patron, ou sur le médecin de la Compagnie, pour défendre ses intérêts, doit s'adresser au médecin indépendant qui a sa confiance. Celui-ci sera en butte à de nombreuses tracasseries, passera au siège de la Compagnie pour un ignorant et un malhonnête homme; ceci, nous ne l'inventons pas pour le besoin de notre cause, mais nous le trouvons dit dans un livre sur les accidents du travail, livre fait bien entendu par un médecin d'assurances. Mais, peu lui importe, il aura conscience d'avoir accompli son devoir et la poignée de main de l'ouvrier reconnaissant sera sa meilleure récompense.

Tout dernièrement, on lisait sur les grands quotidiens qu'un lieutenant d'infanterie étant venu assister à une réunion organisée par l'Union des Syndicats à la Bourse du Travail, avait demandé la parole et avait assuré les ouvriers, que, enfant du peuple, il aimait le peuple, il aimait les ouvriers, ses frères de travail. Nous ne chercherons pas si témoigner de l'affection à quelqu'un, à une collectivité, constitue un crime de lèse-majesté, nous nous contenterons seulement de faire remarquer que ce *scandale* du 30 avril 1906 sera probablement un fait tout naturel, dont on ne parlera même pas au 30 avril 1916.

Au fond, quels furent les instigateurs du grand mouvement gréviste en Russie ? Les ingénieurs, les étudiants... c'est-à-dire la classe instruite, et non les ouvriers qui vivaient jusqu'alors dans une complète ignorance. Pour expliquer l'attitude de ce lieutenant, de ces ingénieurs, de ces étudiants, faut-il invoquer l'évolution des idées, ou plutôt ne faut-il pas en rejeter la responsabilité pleine et entière sur l'injustice des sociétés industrielles et financières ?

Il y a une dizaine d'années, quel qualificatif n'aurait-on pas donné au médecin qui, de sa propre initiative, serait allé siéger à la Bourse du Travail, au milieu des syndicats ouvriers ; sûrement, tous ses confrères l'auraient considéré comme un fou, un paria ; et pourtant, dans peu de temps cette *folie* sera peut-être un fait accompli, car un syndicat important de Médecins a décidé d'examiner s'il ne devrait pas aller siéger à la Bourse du Travail pour sauvegarder les intérêts communs des médecins et des ouvriers.

Les patrons et les Compagnies d'assurances ne manqueront pas de voir dans cette résolution un acte d'hostilité dirigé contre eux ; pourtant ils en sont les seuls responsables. Certes, on ne peut pas reprocher aux médecins d'avoir fait preuve d'intransigeance ; bien au contraire, ils étaient animés des nobles idées de conciliation ; mais à force de se voir tomber sans cesse sur le dos, ils ont fini, un peu tard, hélas ! par secouer leur torpeur et par répondre aux coups qui leur étaient portés. Aussi, à l'heure actuelle, le plus grand nombre des praticiens est de cœur avec les ouvriers ; il y a encore de nombreuses abstentions, mais peu à peu, les timides et les ambitieux qui restent du côté du capital, devenu si oppresseur pour les médecins, viendront faire cause commune avec les médecins amis du peuple et des ouvriers.

Je tenais à formuler cette prophétie.

Veuillez agréer, etc.

Dr Desmargne.

LA SEMAINE MÉDICALE

La discussion sur l'appendicite.

M. le prof. Dieulafoy effrayé lui-même du nombre débordant d'opérations d'appendicectomies que pratiquent actuellement les chirurgiens, est pris, semble-t-il, d'un sérieux remords d'avoir été le principal promoteur de l'intervention chirurgicale contre l'appendicite. Au début, la crainte de laisser échapper une appendicite au couteau lui faisait dire : « Quand le diagnostic d'appendicite est fait, le médecin doit se retirer ; la place est au chirurgien. » Bientôt les appendicites pullulèrent comme « les végétations adénoïdes » et les chirurgiens purent s'en donner à cœur joie, ceci dit sans mettre le moins du monde leur bonne foi en doute.

Mais l'abus amène toujours la réaction ; les médecins s'aperçurent vite que l'incursion chirurgicale dans leur domaine devenait encombrante. De fait, les chirurgiens consciencieux, et heureusement il n'en manque pas, commencèrent à s'étonner du nombre d'ouvertures abdominales qu'on leur demandait, souvent, pour une appendicite imaginaire.

M. Dieulafoy sut la chose et maintenant il se précipite à la tribune de l'Académie pour tâcher de fermer l'écluse qu'il a magistralement ouverte. « Attention, Messieurs, faites attention à vos diagnostics. Toute douleur de la fosse iliaque droite n'est pas une appendicite. Toute entérite ou entéro-colite n'est pas fatalement suivie d'appendicite et susceptible d'une intervention chirurgicale. Ne faites pas ainsi « balafrer » tous les ventres et toutes les fosses iliaques. » Il est bien temps maintenant de remonter le courant où nous précipite l'opinion publique que l'on a emballée. Les chirurgiens d'ailleurs ne veulent pas se laisser faire : MM. Reclus, Richelot, Reynier, soutiennent que le seul traitement de l'appendicite c'est l'intervention chirurgicale et que la soudaine ti-

midité de M. Dieulafoy va causer une recrudescence de mortalité faute d'opérations. M. Cornil vient à leur aide en soutenant que le microscope fait souvent découvrir dans des appendices sains à l'œil nu des lésions qui justifient largement l'intervention chirurgicale.

A ce compte-là, nous ne voyons qu'une solution au débat : Décréter à l'Académie la nocivité de ce petit organe cause de tant de malheurs et, pour éviter dans l'avenir toute hostilité de sa part, le faire enlever systématiquement à tous les enfants comme Moïse a décrété l'excision du prépuce aux descendants d'Abraham.

Nouvelle méthode de traitement des paraplégies spasmodiques.

M. le Dr *Maurice Faure*, de La Malou, a indiqué au Congrès de Lisbonne une nouvelle technique d'exercices méthodiques pour lutter dans une mesure très appréciable contre les paraplégies spasmodiques.

Cette méthode comprend :

1° Une première période d'exercices positifs, pendant laquelle le médecin mobilise les membres contracturés, quelquefois avec beaucoup de force, toujours avec beaucoup de prudence et de temps. Ainsi, on vient à bout des contractures les plus intenses et les plus anciennes, en quelques mois (ou quelques semaines) d'exercices journaliers.

2° Lorsque le paraplégique est assoupli (c'est-à-dire lorsqu'il est possible de faire exécuter à ses membres inférieurs tous les mouvements articulaires que la raideur spasmodique empêchait), commence la deuxième période, très différente de la première. Ce sont alors des exercices volontaires accomplis par le patient, avec aide ou résistance donnée par le médecin, proportionnellement à l'état paralytique ou parétique de chaque groupe de muscles. Le but est de réapprendre au paraplégique à se servir de muscles qu'il a perdu l'habitude d'utiliser, de régler la force de la contraction volontaire dans les muscles directeurs du mouvement et dans leurs antagonistes.

3° Lorsque les mouvements élémentaires sont suffisamment rétablis, on aborde alors l'étude des mouvements complexes et coordonnés de la vie active, ayant pour objet de rétablir la station debout, la marche, la course, etc.

Quarante malades ont été soumis à un traitement assez prolongé et méthodique pour permettre à l'auteur d'apprécier les résultats. Ces traitements ont été faits en plusieurs reprises, chaque reprise pouvant durer d'un à trois mois, soit quarante-cinq jours en moyenne. Les malades ont été exercés une ou deux fois par jour. Nous avons laissé des temps plus ou moins longs entre les reprises (un ou plusieurs mois) suivant les espèces cliniques et les convenances de chacun. Le nombre des reprises varie avec l'intensité et la ténacité des symptômes et aussi avec la bonne volonté et les forces des malades. Dans le plus long de ces traitements, la série des reprises s'étend sur une période de quatre années; mais, dans la plupart des cas, cette période n'excède pas une année.

Il faut se hâter d'ajouter que les cas n'étant pas semblables, il est nécessaire de varier un peu les applications.

Le degré de paralysie, celui de spasmodicité, changent avec les cas ; les forces, la patience du malade varient aussi ; l'ancienneté des lésions a quelquefois amené des attitudes vicieuses, ou des habitudes avec lesquelles le malade ne veut pas rompre, etc.

Toutefois, des périodes d'exercices de trois semaines à trois mois, séparées par quelques mois de repos, doivent être considérées comme donnant de meilleurs résultats que les traitements longs et ininterrompus de six, huit, dix mois, qui lassent l'attention, et usent les ressources et la patience des malades. Les résultats obtenus à chaque reprise restent acquis, à la condition que le malade ne s'immobilise pas, après la cure, dans une oisiveté complète ; qu'il ne reprenne pas l'habitude de mauvaises attitudes ou de mouvements mal combinés ; enfin que la durée des reprises et des repos convenant à chaque cas soit bien observée.

Traitement de la Neurasthénie par l'Ibogaïne.

On a vécu longtemps avec cette idée erronée que certaines névroses, la Neurasthénie, l'Hystérie, sont l'apanage exclusif des hautes classes de la Société. Il semblait qu'un certain minimum de fortune fut indispensable pour être atteint de ces maladies qu'on eût volontiers considérées comme des articles de luxe au comptoir de la morbidité. Or, il est loin d'en être ainsi, et les travaux récents des Leubuscher, des Bibrowicz en Allemagne, des Iscovesco en France, ont surabondamment démontré que la neurasthénie n'épargne pas les classes pauvres, et qu'elle sévit même avec une certaine intensité dans les milieux ouvriers. Et ces faits sont d'autant plus regrettables que cette affection, chronique par essence, ne s'améliore et ne guérit qu'au prix d'un traitement long et coûteux. Ce qui est sans inconvénient pour les malades fortunés, qui ont à la fois devant eux le temps et l'argent, devient au contraire un obstacle difficile, sinon impossible à vaincre, pour les toutes petites bourses.

Comment, en effet, consacrer le temps voulu à se reposer, à changer de milieu, à s'isoler au besoin, quand la nécessité de vivre est là pressante et que la vie n'est assurée que par le travail? Aussi ne saurait-on accueillir avec assez de satisfaction les médicaments susceptibles de produire sur les organismes atteints le maximum d'effet dans le minimum de temps.

L'Ibogaïne, introduite dernièrement dans la thérapeutique par les recherches de E. Landrin et du Dr A. Landrin, apparaît comme un agent efficace, susceptible de remplir ce programme. Extraite de l'Iboga du Congo, que les nègres utilisent de temps immémorial comme stimulant et antidéperditeur, l'Ibogaïne possède des propriétés incontestables comme tonique musculaire, tonique nerveux, tonique cardiaque. C'est à ce titre qu'elle trouve son emploi tout à fait justifié dans le traitement de la neurasthénie, surtout après que tant d'autres remèdes, glycérophosphates, cacodylates, formiates...... n'ont pas tenu toutes leurs promesses.

L'Ibogaïne s'emploie sous forme de chlorhydrate. La préparation la plus facile à administrer et la plus agréable à prendre est sans contre dit la Dragée Nyrdahl dont la formule est due au Dr A. Landrin, et qui contient 0,005 d'Ibogaïne hydrochloratée. Dose : 2 à 4 par jour.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique d'accouchements Tarnier :
M. le Pr agrégé Demelin.

Les fœtus macérés : conduite à tenir.

A propos de deux cas récemment observés dans le service, j'ai pensé opportun de vous dire quelques mots de l'extraction des fœtus macérés. On nomme ainsi les fœtus morts et retenus morts dans la cavité utérine. Une telle définition n'est pas encore complète ; il faut ajouter : fœtus retenu mort dans un œuf fermé, dont les membranes sont restées intactes. Ce point est capital car il établit la différence entre le fœtus macéré et le fœtus putréfié, qui, lui, se trouve retenu dans un œuf ouvert ou pénètrent les germes du vagin et de l'extérieur. Le fœtus macéré est, par conséquent, presque toujours aseptique, alors que le fœtus putréfié est septique et dangereux pour la femme. Autre élément différentiel : le fœtus macéré est en général petit, flasque, ramolli, imbibé, infiltré de liquide ; son épiderme se détache, tous ses organes semblent se liquéfier. Le fœtus putréfié est, au contraire, toujours hypertrophique, infiltré de gaz : lorsque vous mettez sur lui un doigt, vous sentez la crépitation due aux gaz de la putréfaction.

Le fœtus macéré, vous ai-je dit, est ordinairement diminué de volume. Cette règle souffre, cependant, des exceptions. Si la rétention a été courte, le fœtus peut être augmenté dans certaines de ses parties, la tête principalement : l'étreinte de l'utérus ne portant pas sur l'extrémité céphalique (logée dans le petit bassin) les liquides fusent vers celle-ci. Mais, dans les jours suivants, la résorption amène la diminution générale de volume du fœtus.

Comment se fait l'accouchement d'un fœtus macéré ? Tout d'abord, l'expulsion a lieu presque toujours avant terme. La mort de l'enfant finit, en effet, par exciter la fibre musculaire utérine qui entre en contraction. Ce fœtus, ramolli d'une part, petit d'autre part, va se prêter — on le conçoit aisément — à toutes les fantaisies du mécanisme de l'accouchement.

L'accouchement, considéré d'une manière générale, comporte, vous le savez, trois ordres de phénomènes : des phénomènes maternels, utéro-annexiels et fœtaux.

Les phénomènes maternels ne présentent ici rien d'anormal. La dilatation du col, étant donné le volume réduit du fœtus, n'a pas besoin d'être complète. J'en dirai autant de l'ampliation vulvaire.

Je serai moins bref sur la poche des eaux. Habituellement, elle reste intacte longtemps. Il est rare d'observer une rupture prématurée des membranes ; il est rare également de voir une rupture précoce de la poche des eaux. Je vous rappelle, en passant, la différence qui existe entre la rupture prématurée des membranes et la rupture précoce de la poche des eaux. La première a lieu pendant la grossesse et la seconde pendant le travail. La poche des eaux se conserve donc ordinairement presque jusqu'à la fin de l'accouchement. Elle est volumineuse et affecte même une forme spéciale, représentant une sorte de 8 de chiffre dont le collet est au col utérin incomplètement dilaté. Pourquoi la poche des eaux se conserve-t-elle ainsi et pourquoi les ruptures prématurées ou précoces sont-elles rares ? C'est que, du fait de l'imbibition des organes fœtaux et de la résorption consécutive, les membranes sont flasques et la tension intra-utérine diminuée. Cette rupture tardive de la poche des eaux est, d'ailleurs, une circonstance heureuse.

La nature du liquide qui s'écoule dépend de la durée de la rétention. Quand la mort du fœtus a précédé de peu de temps son expulsion, le liquide amniotique n'est que légèrement modifié. Il est verdâtre ou rose. Les parois des vaisseaux du cordon laissent transsuder les éléments du sang ; le cordon est rouge. Dans les rétentions de date moins récente, le liquide fonce en couleur et devient bientôt chocolaté. Son odeur, à ce moment, est particulière, indéfinissable, désagréable.

Le mécanisme de l'expulsion est irrégulier. Le plus souvent l'enfant se présente par le sommet : mais d'autres présentations, le siège, l'épaule, s'observent aussi. La présentation de l'épaule est assez fréquente pour deux raisons : parce que l'enfant vient avant terme et parce que la macération trouble les phénomènes d'accommodation.

L'accouchement du fœtus macéré, par le sommet, suit une marche atypique, sauf quand la rétention a été courte ; dans ce dernier cas, comme je le disais tout à l'heure, la tête a conservé ses dimensions. Quand la rétention est un peu prolongée, les liquides céphaliques se résorbent, la tête diminue et s'accommode dans tous les sens. Des considérations analogues s'appliquent au siège.

Quelques mots sur la présentation de l'épaule. Vous savez combien celle-ci est dangereuse chez l'enfant vivant et volumineux. Eh bien ! lorsqu'il s'agit d'un fœtus macéré, il est commun de voir l'accouchement se faire spontanément, soit par le mécanisme ordinaire de l'évolution spontanée, soit par un mécanisme anormal, le thorax premier (conduplicato corpore) : c'est une des formes de la présentation du thorax. Le tassement du fœtus macéré est, en somme, si fréquent que l'on peut compter sur lui pour permettre l'accouchement spontané, même si l'on a affaire à une présentation de l'épaule.

La conclusion pratique à déduire est la suivante ; dans la généralité des cas, le fœtus macéré est expulsé grâce aux seuls efforts de la nature.

Presque jamais l'accoucheur n'a à intervenir opératoirement.

L'enfant expulsé, que va-t-il se passer ? La délivrance est habituellement simple, la perte de sang minime, l'hémorragie exceptionnelle. On a prétendu que, la circulation funiculaire étant arrêtée, il n'y avait aucun danger d'hémorragie. Ce n'est pas tout à fait exact. La cause qui a produit la mort du fœtus a pu déterminer des adhérences partielles du placenta à l'utérus, adhérences susceptibles d'être l'origine d'hémorragies. D'autre part, si le placenta sort généralement en entier, il y a en revanche assez fréquemment rétention des membranes, ou plutôt clivage, séparation des membranes et rétention de la caduque quelquefois hypertrophiée sous l'influence des causes qui ont provoqué la macération du fœtus (la syphilis principalement). On rencontre alors dans l'utérus des fragments de caduque hyperplasiée, des masses de la grosseur d'une noix par exemple, que l'on prend souvent pour une partie du placenta. On note, de plus, en examinant les membranes, que celles-ci sont transparentes ; il y manque la partie jaunâtre, friable, c'est-à-dire la caduque. Ne l'oubliez pas, ce point commande le post-partum. Lorsque la délivrance a été complète, les suites de couches sont normales. S'il y a rétention d'une portion de caduque, on peut voir survenir des accidents septiques qui nécessitent une intervention.

Quelle est la symptomatologie : à quels signes reconnaît-on que le fœtus est mort et macéré au cours des trois derniers mois de la grossesse ?

La femme déclare ne plus sentir remuer, mais ce symptôme est d'intérêt relatif, le fœtus vivant pouvant rester immobile.

La femme remarque, en outre, une diminution du volume de son ventre et elle raconte qu'elle a eu une montée de lait. Elle perçoit parfois, aussi, des mouvements passifs, comme si un corps étranger venait en position déclive chaque fois qu'elle se place sur le côté

On a dit que la mort du fœtus entraînait la disparition des phénomènes sympathiques de la grossesse, de l'éclampsie, de l'asystolie chez les cardiaques, etc. Ceci est vrai en partie seulement; j'ai une série d'observations où il n'en a pas été ainsi. Je pourrais vous citer, entre autres, une femme asystolique chez laquelle, malgré la mort de l'enfant, les accidents se sont accentués ; une autre qui, dans les mêmes conditions, a continué ses crises éclamptiques, etc.

Que révèle l'examen direct de la femme dans le cas de fœtus macéré ?

Le ventre est diminué de volume ; il est plus flasque, plus mou. Si vous cherchez les parties fœtales, vous éprouvez des difficultés à les reconnaître : tout est pâteux, mollasse.

Quelquefois, il existe de l'hydramnios, dû à la cause générale (la syphilis surtout) qui a engendré la macération du fœtus. Cet hydramnios s'atténue quand la rétention se prolonge.

Au palper, lorsqu'il y a chevauchement des os du crâne et que la main rencontre la tête fœtale, on peut sentir un craquement : c'est là un bon signe de macération, très inconstant, il est vrai.

L'auscultation est négative ; les battements du cœur sont disparus.

Quant au toucher, pratiqué pendant le travail, voici ce qu'il donne dans la présentation du sommet. Si la rétention est de date récente, la tête reste ronde, régulière, un peu plus molle, avec chevauchement plus facile des os. Si la rétention est de date plus ancienne, vous ne distinguez rien de net : le doigt tombe sur une masse irrégulière et on éprouve une première impression de surprise.

Telle est la forme ordinaire de la macération du fœtus. A côté d'elle, il est une autre forme extrêmement rare, dont pour ma part je n'ai pas observé d'exemple. Dans cette seconde variété, la rétention dure si longtemps que la presque totalité des liquides de l'œuf se trouve résorbée. Il reste une sorte de masse durcie dans l'utérus ; celui-ci déborde encore la symphyse, mais est beaucoup plus petit qu'il ne devrait l'être vu l'âge de la grossesse. On pense à un utérus fibromateux et, un jour, la femme expulse un fœtus macéré. Cette forme, est je le répète, infiniment rare. Je crus dernièrement en avoir observé un exemple à la Clinique, dans les circonstances suivantes : Il y a deux à trois mois une femme entrait dans le service. Elle accusait une suppression de règles, se croyait enceinte, et, n'ayant plus senti remuer, elle pensait que l'enfant était mort. L'utérus était assez gros, dur, globuleux. Nous nous arrêtâmes à l'idée d'une rétention prolongée de fœtus macéré. On attendit, on essaya même, par l'administration de sulfate de quinine, de stimuler la contraction de la fibre utérine, dans le but de hâter l'expulsion. Le résultat fut heureusement négatif. Et voilà que, après un certain temps, en examinant la femme à nouveau, je perçus nettement les battements du cœur fœtal Il s'agissait bien d'une grossesse, dans un utérus sans doute fibromateux. Influencés par la mère, nous avions conclu, à tort, à la macération du fœtus. Je vous rappellerai cette observation, tout à l'heure, à propos du traitement.

Deux mots du pronostic.

Il tient d'abord à la cause de la mort du fœtus. Il varie suivant qu'il s'agit de syphilis, d'albuminurie gravidique, de décollement placentaire, d'insertion vicieuse du placenta, d'infection, de cardiopathies, etc.

Le pronostic de l'accouchement est, en général, favorable. La délivrance est, de son côté, ordinairement normale. Tout se passe bien, à condition qu'il n'y ait pas rupture trop précoce (spontanée ou provoquée) des membranes.

Quelle est la conduite à tenir en présence d'un semblable accident ?

Une première question se présente. Voilà une femme qui porte dans son utérus un cadavre. Cela l'impressionne beaucoup, ainsi que son entourage. Est-ce là un danger ? Vous pouvez répondre que, si les membranes sont et restent intactes, la femme ne court aucun risque. On s'est demandé, cependant, s'il ne serait pas utile de hâter ou de provoquer l'expulsion. L'expulsion provoquée a un inconvénient majeur : elle menace l'intégrité des membranes, cette sauvegarde de la femme, en la circonstance. Un des meilleurs procédés pour provoquer l'accouchement est l'introduction, entre les membranes et la paroi utérine, d'un corps étranger (sonde, ballon) destiné à exciter le muscle utérin et à le faire entrer en contraction. Eh bien, on risque toujours, au cours de cette manœuvre de blesser les membranes. On risque, de plus, de se tromper. On peut croire l'enfant mort — je vous en ai cité une ob-

servation personnelle — alors qu'il ne l'est pas. Des accoucheurs ont eu la surprise, à la suite de confusions de ce genre, de voir sortir des enfants vivants, prématurés, qui ont succombé.

En vérité, le danger est nul pour la femme. Il n'y a aucun inconvénient à conserver quelques jours, deux, trois semaines à la rigueur, un fœtus macéré dans l'utérus, si les membranes sont intactes. En règle générale, d'ailleurs, l'expulsion a lieu dans les premiers jours. Seules, quelques femmes impressionnables ont pu faire des accidents passagers de neurasthénie qui ont disparu au moment de l'accouchement. Par conséquent, pour le simple avantage de débarrasser une femme plus vite, ne risquez pas de l'exposer à des accidents d'infection redoutables, ou à une erreur, à faire naître prématurément un enfant vivant. Pour ma part, je n'hésite pas à me refuser à cette pratique.

Que faire au moment du travail ? De l'asepsie et... attendre les événements. Le plus souvent l'accouchement a lieu spontanément. Quelquefois, cependant, une intervention est indispensable. C'est le cas si la tête est trop volumineuse, s'il y a une ascite notable, s'il s'agit d'une présentation de l'épaule (et encore, ici, l'expulsion est-elle habituellement spontanée). Vous prendrez alors le forceps, le basiotribe, etc. Mais pour peu que la rétention soit ancienne, le fœtus ramolli a perdu sa tonicité ; il vient par morceaux ; le bras, le pied vous restent facilement dans la main ; le forceps glisse sur la tête molle et s'y adapte mal. L'accouchement opératoire n'est donc pas toujours très commode. Vous y aurez recours le moins possible : il est, heureusement, rarement nécessaire.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE PRATIQUE

A propos de l'appendicite.

S'il est des morts qu'il faut qu'on tue, il y a, par contre, des vivants auxquels il faut dix fois donner le jour ; il y a des vérités qu'il faut découvrir et redécouvrir, encore que presque aussi vieilles que le monde, pour qu'elles s'imposent bien comme telles ; non pas de ces vérités d'hier, erreurs de demain, mais de ces réalités constantes, permanentes, qu'un peu de bon sens, exempt de parti pris, aurait empêché d'oublier.

Cette pensée nous venait, ces jours-ci, en lisant la retentissante (!) communication du professeur Dieulafoy à l'Académie de Médecine, sur les appendicites qui ne sont pas des appendicites. Cette déclaration a fait le tour de la presse, de la médicale comme de la politique, comme s'il s'agissait d'un événement gros de conséquences ; comme si la médecine et la chirurgie allaient être révolutionnées du coup.

Il y a vingt ans — j'en fais appel au témoignage des livres de l'époque — le mot, pas plus que la maladie, n'étaient connus, et on nous apprenait à diagnostiquer et à soigner des inflammations intestinales qu'on appelait la typhlite, la pérityphlite.... Les progrès de la médecine opératoire et des doctrines antiseptiques, enhardissant les interventionnistes, les méfaits de cet inutile mais dangereux petit cloaque apparurent au grand jour. Typhlite et pérityphlite furent, par la science officielle, reléguées au rang des vieilles lunes, remisées au magasin des accessoires, et d'interminables discussions se poursuivirent seulement sur le point d'établir s'il valait mieux opérer à chaud ou à froid ; car qu'on pût ne pas opérer du tout, on n'y songeait même pas !

Et voilà qu'aujourd'hui, cette même science officielle reconnaît, du haut de la tribune académique, que, neuf fois sur dix, l'opération fut faite à tort et que les désordres imputés à l'appendice malade macroscopiquement ou microscopiquement, persistaient après son ablation, parce que relevant d'une tout autre cause. Et voilà que, de nouveau, on prétend redonner droit de cité, dans les cadres nosographiques, à la typhlite, à la pérityphlite, à la typhlo-colite... Comme si elles avaient jamais cessé d'exister ! Je ne veux pas m'en rapporter à mon expérience personnelle ; mais combien, parmi ceux qui lisent ces lignes, est-il de praticiens, qui, dans le cours de leur carrière professionnelle, ont soigné et guéri des maladies dont le tableau symptomatique était celui de l'appendicite dite classique, sans ouvrir le ventre de leurs malades ? J'en voyais deux, ces jours-ci qui me tenaient le même langage, tous deux blanchis sous le harnais, ayant derrière eux de longues années d'exercice, et dont l'esprit, large et avisé, est loin de demeurer systématiquement réfractaire aux nouveautés. — « En plus de trente années, me dit le premier, je n'ai vu qu'un cas, un seul, pour lequel l'opération se fût imposée, s'il eût existé à l'époque où on pouvait opérer dans des conditions favorables ». — « Pendant le temps que je pratiquai à la campagne, me dit le second, — il a dépassé la cinquantaine, — je n'ai jamais, pour ainsi dire, conseillé l'opération, et je m'en suis bien trouvé ; dans l'un des rares cas où j'ai dû consentir à une intervention, la malade est morte, c'était une parente ! » Combien d'autres pourraient, en évoquant les souvenirs de leur passé médical, s'exprimer de la même manière ? Mais voilà, ce sont des modestes, des humbles, dont la faible voix est sans écho et qui, assagis par la sereine philosophie que donnent l'âge et la pratique, s'en tiennent à l'accomplissement intégral de leur devoir, sans prétendre à faire école.

Mais laissons ces considérations spéculatives et tâchons, en restant sur le terrain des faits, de voir quelles conclusions nous pourrons tirer des paroles tombées de la bouche du Maître qui créa cette heureuse désignation : « les balafrés de Plombières et de Châtel-Guyon », au profit (!) des entérites, dont une intervention inutile coutura le ventre d'une cicatrice indélébile, et qui, finalement, après avoir couru les dangers réels d'une chloroformisation, d'une laparotomie, sont amenés à demander à l'hygiène et aux seuls agents naturels la guérison de leurs maux.

Donc, il y a des appendicites, nous n'avons jamais prétendu le nier ; mais il y aussi, et en quelle proportion élevée ! des inflammations cæcales ou péri-cæcales, des entéro névroses, des appendicalgies, des fausses appendicites de nature hystérique, qui simulent à s'y méprendre — puisqu'on s'y est mépris — c'est Dieulafoy qui le proclame, — l'appendicite vraie. Que trouvons-nous toujours, ou presque, à l'origine de ces affections, diverses dans leur essence comme dans

leurs localisations? Des troubles de la motilité, des troubles dans les sécrétions, de l'encombrement intestinal, de la coprostase si favorable aux fermentations putrides, sources d'infections et d'inflammations. Et, sans préjudice du traitement hygiénique ou thérapeutique spécial qui s'applique à tel ou tel cas, quelle est la première indication qui s'impose, toujours préventive et souvent curative? Désencombrer, désobstruer, désinfecter l'intestin. Or, pour ce faire, la médication est une : c'est la PURGATION. C'est dans cette même Académie, il y a quelque temps, alors qu'on discutait gravement de l'origine culinaire, ou de la nature syphilitique, ou de la contagiosité de cette appendicite qui fit tant parler d'elle, souvent à tort et à travers, qu'un maître autorisé, Lucas-Championnière, disait en substance : « Si le peuple avait conservé l'habitude de se purger périodiquement, il y aurait beaucoup moins d'appendicites! » Formule terre-à-terre, moliéresque, triviale presque, sans aperçus originaux, sans éléments compliqués, qui devient le dogme d'aujourd hui! Oui, il faut se purger, se purger souvent, se purger aussi souvent. si l'on veut, que le tube digestif accuse un trouble, un ralentissement, un arrêt dans son fonctionnement. Et, de même que tout à l'heure, nous évoquions Plombières et Châtel-Guyon, comme les meilleurs agents naturels destinés à guérir certains déséquilibrés du ventre, de même, est-ce à une eau minérale naturelle que nous songeons, comme à la plus recommandable des solutions purgatives: nous avons nommé l'Eau de Condal, dans laquelle le sulfate de soude occupe en si heureuse proportion — 44 gr. 5 — la place la plus importante, auprès de doses en quelque sorte infinitésimales d'autres éléments minéraux, qui en sont cependant de réels auxiliaires.

Nous avons déjà eu l'occasion de nous étendre sur les propriétés remarquables de l'Eau de Condal, et sur les raisons qui lui donnent — ainsi d'ailleurs qu'à toutes les Eaux minérales, — une incontestable supériorité sur les solutions artificielles des laboratoires. Nous n'y reviendrons pas. Mais, nous le demandons vraiment à ceux qui nous liront, qu'est-ce, pour prévenir une appendicite, ou tout ce qui lui ressemble, qu'est-ce que deux ou trois verres d'Eau de Condal, au regard du bistouri de Damoclès, suspendu sur l'abdomen des négligents qui n'auront pas. en temps, recouru à cette anodine médication? Et, sans voir les choses sous un aspect aussi noir, ou plutôt aussi rouge, n'est-ce donc rien que d'acheter à si peu de frais le silence d'un ventre tout prêt à se plaindre (et en quelle langue?) que d'éviter, à si bon compte, toute la séquelle de malaises, de douleurs, d'indispositions chroniques et interminables qui rôde — comme le lion de la Bible — *quærens quem devoret*, en quête d'entrailles défaillantes ou de muqueuses irritées?

Dr E.-D. GASTON.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Quelques mots sur la varicelle.

L'étude du variolo-vaccin, la question de l'unicité ou de la dualité des deux virus *variole* et *vaccine*, leur identité ou leur non-identité ont été souvent mises sur le tapis, et nous n'avons pas l'intention d'y revenir.

Nous voulons seulement donner nos impressions et le résultat de nos observations au sujet de la varicelle.

La varicelle est-elle une entité morbide, une maladie indépendante, ou bien une des formes de la variole, ou encore une contagion vaccinale?

Hébra prétend que la varicelle est une des formes de la variole.

Si l'on songe que la varicelle se manifeste brusquement, sans prodromes, sans fièvre ou avec peu de fièvre la plupart du temps : si l'on se rappelle la rapidité de son évolution, la fréquence des épidémies comparativement à la variole ; si l'on sait qu'elle atteint les enfants récemment vaccinés, que son inoculation ne produit que la varicelle que son incubation est variable comme durée, tandis qu'elle est fixe dans la variole ; que les deux maladies variole et varicelle ne donnent pas l'immunité réciproque, puisque la varicelle peut s'observer pendant ou peu de temps après la variole, on ne doutera plus de la qualité de ces affections.

Nous avons d'ailleurs publié des observations probantes.

Nous savons, par expérience personnelle, que la varicelle est éminemment contagieuse, toujours bénigne, qu'elle s'observe en dehors des épidémies de variole, et que si, parfois, elle se rapproche, par l'accentuation de ses symptômes, de la varioloïde, c'est qu'elle est observée chez des enfants non vaccinés, ou à la période d'état d'une épidémie de varicelle, ou dans un foyer épidémique. Elle se comporte dans ce cas comme la plupart des maladies infectieuses. c'est-à-dire que, trouvant un terrain tout préparé ou mieux préparé. et la virulence augmentant avec la durée de l'épidémie, les symptômes sont plus accentués et se différencient plus difficilement d'une varioloïde atténuée.

Nous ne dirons qu'un mot de la varicelle impétigineuse. c'est-à-dire de cette varicelle qui se montre chez les enfants strumeux, où les vésicules, après le troisième jour, au lieu de se dessécher, se rompent, laissant échapper un liquide un peu trouble, sanieux, et ne reprennent qu'au bout de deux ou trois jours l'aspect de la varicelle, c'est-à-dire qu'elles se recouvrent d'une croûte noirâtre, laissant quelquefois après elle une cicatrice légère, plus ou moins indélébile, plus ou moins accentuée, selon l'état strumeux de l'enfant ou les grattages plus ou moins violents qu'elle a pu subir. — D'ailleurs les pustules de vaccin chez un enfant strumeux deviennent, elles aussi, impétigineuses.

L'éruption varicellique impétigineuse peut donc, à un moment donné, laisser le diagnostic douteux. De durée plus longue que la varicelle simple, elle guérit néanmoins plus rapidement que l'impetigo.

Nous arrivons à parler d'une remarquable étude de la question par M. Talamon, parue en 1894.

Nous retrouvons bien. dans cette étude, les arguments des partisans de l'unicité et d'après les remarques et les observations que nous avons publiées, nous devrions être uniciste, puisque nous avons remarqué la coïncidence (rare toutefois) des épidémies de variole et de varicelle et la

confusion possible et fréquente des symptômes des deux maladies : varioloïde et varicelle.

L'hypothèse de M. Talamon, à savoir que la varicelle ne serait que la vaccine atténuée est séduisante. La varicelle, dit-il, serait à la vaccine ce que la varioloïde est à la variole, et l'on serait ainsi amené à cette gradation ; *varicelle — vaccine — varioloïde — variole* — qui représenterait les formes d'une même maladie et les effets différents d'un même virus.

Mais voyons comment se comportent les faits.

D'après les tableaux statistiques annuels que nous établissons pour la Préfecture de la Seine depuis vingt-cinq ans, il résulte que les cas de varicelle sont rares pendant les épidémies de variole, et sont fréquents au contraire dans les années où il n'y a pas de variole. Il y a exception pour l'année 1893 où, pendant le dernier trimestre, il s'est manifesté une épidémie considérable de varicelle coïncidant avec quelques cas seulement de variole.

La varicelle apparaît en toute saison, mais principalement en octobre, novembre et décembre.

On ne peut pas dire que c'est parce que les revaccinations se pratiquent généralement en octobre dans les écoles, car, pratiquées par nous en juillet 1888 et 1889, sur une vaste échelle, elles n'ont pas été suivies d'épidémie varicellique, quoique ayant donné une forte proportion de succès. Nos vaccinations annuelles et nombreuses à la mairie depuis plus d'un quart de siècle, pendant les mois d'avril, mai et juin surtout, ne nous ont pas donné occasion non plus de remarquer l'éclosion ou la recrudescence d'une épidémie de *varicelle. Les revaccinations en masse, à domicile*, dans la rue même ; les revaccinations de famille — plus ou moins suivies de succès, ne nous ont pas fait observer consécutivement d'éruption varicellique.

Il est vrai de dire que la varicelle étant une maladie d'enfants en bas âge, il y a des raisons pour que, dans les écoles, dans les familles, en un mot chez des enfants déjà grands et chez les adultes, la résistance soit plus grande à la contagion vaccinale, mais ces jeunes vaccinés pourraient la communiquer à leurs frères et sœurs ou à des enfants en bas-âge, ce que nous n'avons jamais observé.

Quoi qu'il en soit, dans les cas où il y a coïncidence d'épidémie variolique et varicellique, c'est en général l'épidémie de variole qui a commencé.

Notre opinion — comme conclusion — est donc que la varicelle est une maladie spécifique éminemment contagieuse.

1er juin 1906.

Docteur Courgey.

THALASSOTHÉRAPIE

La cure marine.

I. *L'air marin.*

Au moment où va commencer l'exode vers les stations balnéaires, la cure marine vaut d'être étudiée. Nous allons essayer de le faire en nous appuyant sur notre propre expérience et surtout en nous inspirant du livre de MM. Constantin et P. Rodet sur le *Traitement du lymphatisme* ; des conseils éclairés de M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer) ; du rapport du Dr Louis Guinon au 2e congrès de climatothérapie sur les *Prétuberculeux et les Tuberculeux en cure marine et forestière* ; de l'enquête faite en 1903 par la *Tuberculose infantile* sous la direction de MM. Barbier et Derecq ; des travaux de M. Quinton, du professeur Garrigou (de Toulouse) des Drs Lalesque (d'Arcachon), Claisse (de Biarritz), Malgat (de Nice), etc., etc.

Avant l'eau et le bain de mer, l'air marin est naturellement le facteur qui doit attirer le premier l'attention au point de vue des éléments météorologiques ou atmosphériques et telluriques, ces derniers ayant des caractères locaux qui modifient puissamment les premiers.

1° *Composition.* — Par sa composition et, conséquemment, par ses qualités et ses propriétés, il diffère de l'air de la montagne, de celui des plaines éloignées du rivage et même de celui de la pleine mer. Il renferme du chlorure de sodium qui s'y trouve à l'état de véritable poussière aqueuse et en quantité d'autant plus grande que la mer est plus agitée. Le vent transporte ce sel dans les vapeurs, brouillards et nuages à des distances différentes et variables suivant la topographie des lieux. A Arcachon, il n'y a plus de NaCl à 50 mètres du rivage ; à Biarritz, on en trouve encore à 300 et parfois à 500 mètres, et il en est de même sur les plages de la Manche très ventées et souvent peu abritées. On peut se convaincre de sa présence sur les légumes et fruits cueillis tout au bord de la mer qui ont une saveur salée. Il est, d'ailleurs, facile d'en déceler chimiquement l'existence, dit André Claisse, de Biarritz ; « La buée salée se fixe sur des lames de verre disposées à l'air libre et une goutte de solution de nitrate d'argent donne un précipité plus ou moins abondant caractéristique ».

L'air marin contient aussi de l'ozone qui est, on le sait, un excitant très actif de l'hématose. On a même constaté que l'ozone était beaucoup plus abondant sur le bord de la mer qu'en pleine mer ou que dans les terres. Sa quantité augmente quand le rivage est boisé et contient des essences résineuses et M. Duphil en a trouvé des proportions moins grandes au bord même du bassin d'Arcachon (6 milligr. par 100 mètres cubes) que dans la forêt qui l'entoure où son taux atteint 6 milligr. 69.

L'iode existe aussi, mais en minime quantité et d'une façon infidèle.

2° *Pression atmosphérique.* — La pression atmosphérique atteint naturellement son maximum au niveau des plages. La conséquence de ce fait c'est que, au bord de la mer, on absorbe dans le même nombre d'inspirations une quantité d'oxygène beaucoup plus grande qu'à une altitude de 1000 mètres, par exemple, où, au contraire, la pression est diminuée. Il se produit une augmentation d'hémoglobine (Bodoloni), des globules sanguins (Cazin) et du diamètre thoracique.

Malgré ces faits précis et bien démontrés, M. Louis Guinon ne croit pas qu'au point de vue curatif, la pression barométrique ait une grande importance. Pourtant il ajoute : « La pression forte paraît toutefois augmenter l'amplitude de la respiration et faciliter la pénétration de l'air, d'où activité plus grande de la circulation d'air et de la circulation sanguine. Les malades n'ont pas à

PATRONAGE MÉDICAL

CONDAL La meilleure des Eaux minérales purgatives naturelles

Seule eau de Rubinat mise en bouteilles à la source et déclarée d'utilité publique.

L'eau de **Condal** est réglementée et doit être vendue au prix minimum de **0** fr. **75**.
Prix : **26** fr. la caisse de 50 bouteilles.
» **24** fr. **50** » par cinq caisses au minimum.

En dépot : 1° *chez* **M. Foucault**, 7, *rue Curial, Paris (qui livre au prix de 0 fr. 58 avec remise d'usage)*
2° *Dans tous les dépôts de la Compagnie de Vichy.*

Pour tous renseignements et commandes, s'adresser à M. GONIN, 4, rue Tarbé, Paris, 17e.

BAINS DE MER SAINT-SERVAN (I.-et-V.) Les Corbières Maritimes

Magnifique Parc de 5 hectares. — Plage particulière de sable fin. — Cabines de bains. — Lawn-tennis. — Salle de gymnastique. — Jeux divers. — Hydrothérapie. — Salons de lecture. — Chambres vastes, sans tentures, éclairées par de larges baies.

CONDITIONS DE SÉJOUR

Du 1er juillet au 15 septembre, le prix est de huit francs par jour et par personne. Il est de sept francs à toute autre époque de l'année. Ce prix comprend trois repas, vin ou cidre compris, la chambre et le service.

Conditions spéciales pour les membres du " Concours "

Les pensionnaires qui s'absentent une journée entière, pour excursions, ne paient que la moitié du prix de la pension. Pour bénéficier de cette réduction, ils doivent prévenir la Direction, la veille au plus tard du jour de l'excursion, de leur intention de s'absenter.

Prix de Famille. — *Enfants jusqu'à huit ans : demi-tarif. — Bonnes : un franc de moins que leurs maîtres. — Réduction de 0.50 par personne payant le tarif plein et n'occupant pas seule sa chambre.* Le five-o'clock *se paie en sus.*

Quoique le nombre des chambres ait été notablement augmenté pour la saison 1906, nous engageons les personnes qui comptent venir en août à s'inscrire dès maintenant. (Droit d'inscription : 25 francs remboursés sur la facture ou acquis à l'établissement si le client ne se présente pas à la date convenue).

VALS SOURCE LA REINE

Gastro-Entérite des Enfants du premier âge. Affections des organes digestifs, etc.

S'adresser à M. CHAMPETIER, pharmacien à VALS-LES-BAINS

Eau minérale naturelle du Bassin des Vosges

BOURBONNE-LES-BAINS
SOURCE MAYNARD

Diurétique, Digestive, Laxative, Reconstituante.

La Source MAYNARD émerge du même bassin que Contrexéville, Vittel, etc. Sa composition est identique et ses effets sont les mêmes.

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT —o— **AUTORISÉE PAR L'ÉTAT**

Cette eau est réglementée et doit être vendue au prix minimum de **0** fr. **70**.

Prix au public :	**25** fr.	la caisse de 50 bouteilles	en gare de Bourbonne-les-Bains.
» aux pharmaciens :	**22** fr. **50**	— —	
» —	**20** fr.	— par 5 caisses min.	

En dépot : 1° *chez* **M. Foucault**, 7, *rue Curial à Paris (qui livre au prix de 0 fr. 55 avec remise d'usage)*
2° *Dans tous les dépôts de la Compagnie de Vichy.*

Pour tous renseignements et commandes, s'adresser à M. Gonin, 4, rue Tarbé, PARIS, 17e.

SERVICE VACCINAL DU CONCOURS MÉDICAL

Voir les renseignements dans les pages d'annonces.

EAUX-BONNES (BASSES-PYRENEES)

EAU SULFURÉE SODIQUE ET CALCIQUE

Conservation parfaite. — Exportation universelle

S'emploie à la dose quotidienne d'un à trois verres, en deux fois, matin et soir. Couper avec deux ou trois cuillerées de lait bouillant ou d'une infusion béchique très chaude : tilleul, violette, fleurs pectorales.

Indications. — Affections catarrhales chroniques des voies respiratoires : rhumes, bronchites, angines, laryngites, rhinites, séquelles d'influenza, de pleurésies, de pneumonies et tuberculoses pulmonaires.

Très efficace chez les enfants et très bien supportée par eux.

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

en quarts de litre, demi-litres et litres

LE FUMIGATOR Procédé de désinfection B. S. G. D. G. A L'ALDEHYDE FORMIQUE

Adresser les commandes à M. GONIN, 4, rue Tarbé, PARIS, 17e.

faire l'effort d'adaptation qu'exige la montagne et s'acclimatent vite et bien ».

3e *Température.* — La mer se réchauffe moins vite l'été et se refroidit également moins vite l'hiver (Levasseur). Le climat côtier est donc un climat dit *constant* où la chaleur de l'été est plus tempérée, et le froid de l'hiver moins vif. Ce double effet résulte de ce que l'océan a une action régulatrice qui consiste à restituer à l'atmosphère pendant la nuit et pendant l'hiver la chaleur qu'il accumule pendant le jour et pendant l'été. Cette vérité générale n'empêche pas qu'il puisse y survenir des variations brusques et passagères de température ayant pour cause des sautes de vent, des brouillards, de la pluie, des orages ou des tempêtes contre lesquels il faut savoir prémunir les baigneurs pendant la saison estivale afin de leur éviter des refroidissements qui pourraient leur être préjudiciables.

4o *Mouvement de l'air.* — Le mouvement de l'air est un des facteurs de la cure marine. Il existe le plus souvent une alternative entre les vents de terre et la brise du large qui renouvelle l'air et le purifie. Mais, en dehors de ce mouvement de va et vient régulier, il existe, sur les différentes côtes des vents dominants qui exercent une influence bien plus importante sur les qualités de l'air et l'intensité marine du climat. « Ainsi, disent Constantin et Rodet, on peut affirmer qu'une région possède le maximum du caractère marin lorsque les vents soufflent avec force et viennent habituellement de la mer, lorsque les côtes sont très découpées, ce qui favorise les points de contact du vent ». Telles sont les côtes irrégulières de la Bretagne, les îles et les presqu'îles. « Ces qualités sont déjà moindres, continuent les mêmes auteurs, lorsque, avec les mêmes vents dominants, le rivage est aplati. Enfin elles sont tout à fait nulles quand les vents soufflent habituellement de terre et refoulent l'air marin ». Donc, sur le littoral méditerranéen, la dominante des vents étant le nord-ouest, l'influence marine y est moindre. Lalesque va même jusqu'à refuser à ce littoral le caractère de climat marin ; à quoi Guinon répond qu'il l'est, mais « à sa façon ».

Enfin le vent ne doit être ni trop fort ni trop sec, sous peine d'action congestive ou excitante. Partout où la côte est mouvementée de dunes, possède des découpures ou des arbres, sa force est amoindrie et nulle part sur les côtes françaises du golfe de Gascogne, de l'Océan et de la Manche, sa sécheresse n'est à craindre.

5o *Etat hygrométrique.* — Et cela nous amène à parler de l'état hygrométrique des côtes. L'atmosphère, sans y être jamais saturée, est toujours plus humide que celle des terres. Cette humidité provient de ce que les vents, en passant sur le *Gulf Stream*, qui baigne notre littoral, s'y échauffent, se chargent de vapeurs qui, sur les plages, se résorbent en humidité. Cette humidité se manifeste sous deux formes : l'abondance des *vapeurs* et l'abondance des *pluies*. Les vapeurs sont plus importantes que les pluies qui, elles, peuvent gêner, au lieu que les vapeurs ont un rôle utile ; elles contribuent, en effet, à maintenir la stabilité thermique, le jour en modérant l'action des rayons calorifiques, la nuit en retenant partiellement le rayonnement terrestre. Cette humidité relative, se limite sur les côtes françaises à ce que Jaccoud et Arnould considèrent comme *humidité désirable*, parce qu'elle diminue la tendance au refroidissement des voies respiratoires et de la peau en empêchant l'abaissement brusque de température qui se produit dans quelques pays lorsque le soleil baisse à l'horizon et parce que, d'autre part, la trop grande sécheresse de l'air provoque la toux et souvent favorise l'hémoptysie.

6o *Luminosité.* — M. Guinon attache une très grande importance dans la thérapeutique marine à la luminosité exceptionnelle qui résulte de la réfraction par l'eau et qui est un élément de bien-être et de tonicité. Malgat, Gilli (de Nice), ont montré le parti qu'on peut tirer de l'ensoleillement dans la cure de diverses affections.

Pureté. — L'air de la mer, surtout quand la brise du large est la dominante, est d'une remarquable pureté, car il n'a jamais été en contact avec la moindre souillure. Les analyses de Miquel le prouvent abondamment puisqu'il en résulte qu'en moyenne le nombre de bactéries trouvées dans 10 mètres cubes d'air marin est de 5 à 6 et que ce chiffre est d'environ de mille fois plus faible que celui obtenu à Montsouris.

« On en peut conclure, dit Constantin, qu'un rôle épurateur considérable appartient aux océans et par suite aux vents qui les traversent. La mer possède la double faculté d'engloutir sans retour les microbes de l'air et de restituer aux continents, dans un état de pureté presque absolue, l'atmosphère qui a voyagé quelque temps à sa surface. »

Dans un prochain article nous étudierons l'eau et les bains de mer.

Dr L. VIAUD,
(d'Agon-Coutainville).

NOTES D'HYDROLOGIE

Le tuberculose évitable.

La tuberculose est évitable, *mais à condition de faire ce qu'il faut pour l'éviter.*

Et comment faut-il faire ?

On nous dit : *En se soustrayant aux bacilles de Koch*, et c'est à peu près la seule formule qu'on cherche à nous inculquer. Eh bien ! à mon avis, la formule est mauvaise, car dans l'état actuel des choses, le bacille est *inévitable.*

Nous le respirons et nous l'absorbons sans cesse parce qu'il est universellement répandu et qu'il nous est impossible par conséquent d'éviter son contact.

Tous ceux qui palabrent dans les Congrès et les Conférences, tous ceux qui écrivent sur la question de la tuberculose, se placent à l'unique point de vue *de la tuberculose maladie sociale.* Cette formule hypnotise médecins et public ; et, méconnaissant la véritable nature du mal, on ne recherche à employer contre lui que des mesures collectives qui représentent un idéal à poursuivre, mais qui n'est et ne sera longtemps encore qu'une utopie.

En un mot, on poursuit dans une lutte généreuse *l'extinction de la tuberculose*, mais on ne pense pas assez à *soustraire l'individu* aux atteintes de ce fléau.

La tuberculose est une maladie infectieuse, c'est bien entendu, mais on avouera que, par son endémicité, elle présente bien quelques différences avec le choléra ou la peste, voire même avec le typhus, la fièvre typhoïde, la diphtérie, etc.

Ces maladies peuvent être suivies à la trace, si j'ose m'exprimer ainsi ; elles frappent un peu *tout le monde* dans le rayonnement de leur foyer.

D'autre part, ces maladies ont un commencement, une évolution cyclique et une période de déclin.

En est-il de même pour la tuberculose ? Avec les yeux de la foi on lui assigne des foyers : telle maison, tel quartier, telle région, paient un tribut un peu plus fort que d'autres et cela pour de multiples raisons, dont la principale est que la tuberculose rencontre des terrains prédisposés et des conditions antihygiéniques favorables à son développement.

D'autre part, à quel moment débute la tuberculose ?

Quel est le médecin qui peut affirmer avoir assisté même au premier septenaire d'une tuberculose ? Tous les jours, des signes précoces sont signalés. Où donc, dans ce cas, le signe d'invasion ?

A une maladie infectieuse aussi différente des autres maladies infectieuses, par sa propagation, par sa dissémination et par ses caractères technique, en un mot, est-il loisible, est-il raisonnable d'opposer des mesures prophylactiques identiques ?

Poser la question, c'est la résoudre.

Il ne faut pas compter sur des *mesures d'ordre général*, pour éviter la tuberculose à nos clients. C'est *individuellement* qu'il nous faut chercher à les préserver.

Et notre premier devoir quand un de nos clients est menacé de tuberculose, c'est-à-dire quand nous pouvons craindre pour lui des tares héréditaires ou acquises qui en font un terrain prédisposé à la tuberculose, c'est de le guérir de ces tares et non pas seulement de chercher à le mettre à l'abri des bacilles de Koch, car nous n'y parviendrions pas.

Dans un laboratoire, il est très facile de s'opposer à l'ensemencement des bacilles de culture dans un tube ; un tampon d'ouate suffit. Ici il n'en est plus de même, n'est-il pas vrai ?

Mais, si nous ne pouvons empêcher l'ensemencement de notre client, nous pouvons le rendre réfractaire à la germination de cet ensemencement bacillaire.

Pour cela, il est des moyens que nous connaissons.

Ce sont, outre une bonne hygiène, outre une alimentation bien conduites outre une vie régulière et sans surmenage, les *cures d'Eaux Bonnes*.

Elles ont fait leur preuve, les Eaux-Bonnes, non seulement comme agent thérapeutique de la tuberculose, mais surtout comme agent prophylactique.

Elles constituent un tonique de premier ordre pour l'organisme tout entier, et elles possèdent, en plus, une action locale spécifique sur la muqueuse des voies respiratoires, qu'elles transforment et rendent invulnérables aux coups du bacille tuberculeux.

Par les Eaux-Bonnes, la tuberculose est réellement et facilement évitable.

Nous ne le répéterons jamais assez.

Dr Léon Leriche.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

La toxine de l'éclampsie. Quelques considérations sur la thérapeutique de cette affection.

Le docteur Zweifel vient de faire sur l'éclampsie quelques recherches cliniques et expérimentales à la suite desquelles il émet un certain nombre de conclusions, qui ne manqueront pas d'intérêt pour les praticiens, tant par leur côté original que par les indications thérapeutiques qu'elles leur fournissent.

L'urologie démontre que, chez les femmes éclamptiques, les phénomènes d'oxydation organique se font dans de mauvaises conditions, particulièrement en ce qui concerne l'oxydation des albumines ; il y a en effet diminution de l'urée ; on note une augmentation de l'ammoniaque. Or, si l'on raisonne par analogie avec le coma diabétique, dans lequel on trouve également une augmentation de l'ammoniaque, si l'on prend en considération les résultats de l'expérimentation animale, on trouve que chez l'éclamptique un acide doit se trouver en excès dans le sang, qui devient la cause de ces phénomènes pathologiques. Cet acide n'est ni l'acide urique ni l acide hippurique, car l'analyse quantitative de ces composés, ainsi que celle de l'urée, de la xanthine, de l'albumine, de l'ammoniaque, permet de retrouver tout l'azote qui est indiqué dans la détermination de l'azote total par les urines de ces malades. Ce n'est pas non plus un acide sulfoconjugué, car, chez les éclamptiques, il y a une diminution notable de ces composés.

En se rappelant au contraire les expérimentations de Happe-Segler, on pourrait penser à une variété d'acide lactique, l'acide sarco-lactique, qui se retrouve dans le corps des animaux soumis à des phénomènes d'oxydation insuffisants. Et de fait, on décèle cette variété d'acide dans le sang de toutes les femmes éclamptiques (Zweifel). Le Dr Lockemann, lui aussi, signale sa présence dans le sang, dans l'urine, et dans le liquide cérébrospinal de ces malades (*Münch. med. Woch.*, 1906, no 7, p. 299).

Cet acide lactique pourrait donc être considéré comme le poison, comme la toxine de l'éclampsie. Mais il est un autre fait encore plus intéressant que nous fait connaître Zweifel (*Même revue*, p. 297 : l'acide sarcolactique serait en quantité 3 fois plus grande dans le sang du cordon ombilical que dans celui d'une saignée faite sur la mère ; il serait aussi 3 fois plus abondant dans l'extrait du placenta que dans le sang de la saignée ; cet acide lactique serait donc produit dans le sang de l'enfant. On peut même dire avec beaucoup de vraisemblance qu'il ne serait pas le résultat des contractions musculaires, mais bien celui d'une oxydation insuffisante. Cette origine de l'acide lactique deviendrait une certitude, s'il était possible de le déceler dans le sang ou dans l'urine devant l'apparition des crampes chez une femme atteinte de néphrite gravidique et Zweifel l'a trouvé 4 fois dans l'urine, 2 fois dans le sang.

L'acide sarco-lactique n'a jamais été trouvé dans le sang de la saignée chez les individus

bien portants ; chez les individus malades, il se rencontre avec une fréquence particulière dans les troubles de la respiration (pneumonie, lésion cardiaque, bronchite, etc.)

Dans l'urine de l'homme et des animaux, cet acide lactique est toujours pathologique.

Quelles sont à présent les conclusions pratiques que le médecin doit tirer de ces faits ?

Tout praticien sait que l'éclampsie est une des maladies les plus inquiétantes et les plus perfides, car, malgré toute la peine qu'il se donne, malgré toute sa science, il lui est souvent impossible d'éviter sa brusque apparition, de parer à son issue fatale.

Quant à la thérapeutique de cette affection, il n'y a plus rien de nouveau à dire, car tous les remèdes ont été essayés ; néanmoins une connaissance plus approfondie de sa pathologie peut amener plus de clarté, plus de certitude pour la vraie ligne de conduite à suivre dans le traitement.

La première conclusion à tirer de ces nouvelles données, c'est qu'il faut aussi rapidement que possible délivrer toute femme éclamptique ; car, s'il se trouve plus d'acide lactique dans le sang de l'enfant que dans le sang de la saignée maternelle, l'enfant doit être considéré comme l'occasion de la cause de la maladie. C'est là un précepte ancien, qui n'était admis qu'avec beaucoup de réserves et de scepticisme. Mais, dit Zweifel, il ne faut pas laisser se produire crise sur crise, sans délivrer rapidement la malade : la mortalité est, en effet, de 33 p. 100 chez les femmes qu'on amène dans les cliniques hospitalières, alors qu'elles sont sans connaissance, qu'elles ont déjà subi un certain nombre de crises ; au contraire, cette mortalité tombe à 6 pour cent, quand on délivre la parturiente aussitôt après la première crise.

La deuxième conclusion vise la prophylaxie de la néphrite gravidique par la prescription d'une diète lactée sévère dès que l'albuminurie a été découverte ; aussi faut-il, durant les trois derniers mois, rechercher régulièrement tous les quinze jours l'albumine dans les urines des femmes en état de gestation.

On doit en outre attacher une grande attention à l'apparition possible de la céphalée, des vomissements, des troubles de la vue.

Quant à la thérapeutique médicamenteuse de l'éclampsie, Zweifel se déclare adversaire du traitement par la morphine. Pourquoi administrer des narcotiques à une femme déjà privée de connaissance ? L'anesthésie s'impose néanmoins pendant l'accouchement dans le but d'éviter des réflexes. L'auteur déconseille les cures de sudation car, en déterminant un épaississement du sang, elles sont plus nuisibles qu'utiles ; de plus, elles ne servent nullement à l'éliminaion des toxines, ainsi qu'on le croit généralement. Par contre la saignée, longtemps abandonnée, revient en honneur à l'heure actuelle : celle-ci élimine avec le sang une partie des toxines, elle diminue la pression sanguine si elle est très élevée ; elle permet enfin de faire des infusions sous-cutanées de solution salée physiologique.

L'estomac reste destiné à l'absorption des médicaments et de la nourriture ; on se sert de la sonde stomacale pour éviter, au moment des crampes, des régurgitations du contenu stomacal qui risque d'être aspiré dans les voies respiratoires, mais il est bon de commencer chaque fois par faire un lavage de l'estomac, puis d'introduire de la limonade citrique ou tartrique. C'est la seule voie à employer pour faire absorber un peu de lait aux femmes sans connaissance, car il faut bien se garder, chez celles-ci, d'introduire quelque liquide directement dans la bouche.

Lorsque le pouls est petit, rapide, et que l'élimination urinaire est inoffensive, Zweifel emploie volontiers la teinture de digitale, qu'il faut prendre mélangée à la solution salée physiologique, et jamais à l'état de saturation. Il administre aussi la scille sous la même forme.

Le remède idéal serait l'oxygène ; l'étude de Zweifel tout entière le démontre. Malheureusement, les inhalations d'oxygène ne produisent pas de résultat appréciable ; peut-être la cause en est-elle dans ce fait que l'éclamptique, privée de connaissance, respire superficiellement et que par suite le gaz ne pénètre pas dans les voies respiratoires. L'auteur va essayer, en faradisant le nerf phrénique, de produire des aspirations plus profondes. Il a également tenté, mais sans succès ni résultats fâcheux pour les malades, d'injecter l'oxygène dans le tissu sous-cutané, ou dans la glande mammaire. Bref, ce dernier point reste encore à l'étude ; si l'on parvenait à guérir l'éclampsie en activant les oxydations organiques chez les patientes, les idées nouvelles émises par Zweifel sur la pathogénie de cette affection se trouveraient pleinement justifiées pour le bien général de l'humanité.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'impôt sur le revenu et les médecins.

Les résultats politiques des élections vont orienter l'esprit législatif du Parlement vers une nouvelle répartition des charges fiscales et vers l'impôt sur le revenu. C'est le moment, pour les médecins, de ne pas se désintéresser de la préparation du nouvel édifice fiscal, et cela pour deux raisons. La première, c'est que, malgré la singularité apparente de la proposition, l'assiette de l'impôt sur le revenu a les plus grands rapports avec l'hygiène ; la seconde, c'est que les médecins sont exposés à être très lourdement frappés par les nouvelles taxes, si les considérations que je vais développer ne préoccupent pas les législateurs, et surtout ne touchent pas nos 46 confrères du Palais-Bourbon.

Les divers projets d'impôt sur le revenu soumis aux commissions parlementaires procèdent de deux principes différents. L'un suppute les signes extérieurs de la vie du contribuable et prend pour base de taxation le prix de son loyer d'habitation. Vous avez un appartement composé de plusieurs pièces, bien ensoleillé et bien aéré,

donc vous êtes riche : telle est la formule. Rien n'est plus faux. A l'heure où nous faisons une campagne énergique pour la salubrité de l'habitation, où nous admettons comme un axiome que « la tuberculose est la maladie de l'obscurité », où nous protestons de toutes nos forces contre le surpeuplement du logis, beaucoup de citoyens, sur la foi de nos principes d'hygiène sociale, n'ont pas hésité à restreindre leurs autres dépenses et, selon leurs ressources respectives, à payer cher la place, l'air, la lumière pour la santé de leur famille. Et ce serait le moment choisi pour imposer le logement en le considérant comme un signe de richesse ! Cette base fiscale pousserait les classes populaires à s'entasser à nouveau dans des réduits mal éclairés, dans un encombrement et dans une hygiène des plus douteux. Et je ne parle pas des chefs de familles nombreuses, obligés de louer de grands espaces pour loger tous leurs enfants. L'Etat, les classant parmi les riches, les taxerait au maximum, tandis qu'il dégrèverait les célibataires, dont certains, comme j'ai pu m'en rendre compte, bien que quatre à cinq fois millionnaires, habitent des appartements de 1.000 à 1.500 francs ! L'impôt sur le revenu basé sur le loyer d'habitation n'est pas juste ; il est, de plus, contraire aux préceptes d'hygiène que nous nous honorons de développer et il ferait perdre rapidement tous les bénéfices de la campagne ardente que nous menons en faveur de la santé publique.

Partant d'un second principe, l'impôt sur le revenu a le désir de taxer réellement le revenu, ou plutôt les revenus du contribuable, en les grevant plus ou moins, selon leur origine, les produits du travail étant moins frappés que ceux des rentes ou rapports divers. Cette taxation est infiniment plus juste, malgré ses difficultés pratiques d'application, résolues cependant en d'autres pays. Elle ne soulève pas d'objections de la part des médecins, car elle ne saurait léser, comme la précédente, les intérêts hygiéniques du peuple.

Je viens de montrer le danger public de la taxation sur le loyer. Celle-ci serait très onéreuse pour les médecins. Nous avons tous un loyer plus élevé que ne le comporte notre situation de fortune personnelle. Cette représentation extérieure est obligatoire pour nous, à la ville comme à la campagne. Les courses professionnelles nous obligent, dans la plupart des cas, à nous servir d'un cheval, d'une voiture, voire même d'une automobile, toutes choses dont nous nous passerions, si nous n'étions pas médecins. Nous avons donc l'apparence de la richesse, sans en avoir malheureusement la réalité. Beaucoup d'entre nous meurent pauvres, heureux encore d'avoir pu élever péniblement leur famille. Un impôt, basé uniquement sur le revenu, ne nous porterait, au contraire, pas de préjudice ; il aurait, de plus, le mérite de montrer à l'Etat, contrairement à ce qu'il pense, combien peu nous gagnons, et combien notre situation matérielle est précaire. Déjà, en raison de notre représentation extérieure obligatoire, nous sommes fortement touchés par le fisc. Notre patente, accrue des centimes additionnels qui font plus que la doubler à Paris (exactement 104 centimes 6175), varie, dans cette ville, du sixième au septième de notre loyer ; c'est, avec celle des avocats, la patente la plus élevée. Un de mes confrères parisiens, pour une remise de 750 francs, paye 235 fr. 16 centimes d'impôts, soit 103 fr. 53 pour la cote personnelle mobilière, 127 fr. 88 pour la patente et 3 fr. 75 pour la taxe municipale d'habitation. Si l'assiette de l'impôt sur le revenu portait sur le loyer, ces chiffres, qui seraient peut-être doublés ou triplés, laissent pressentir combien la situation deviendrait terrible pour les médecins. Ce serait la misère pour beaucoup d'entre eux. Et cependant, n'aurions nous pas droit à la protection et à la sollicitude de l'Etat ? Nous rendons à la collectivité des services inappréciables, en nous acharnant, contre notre propre intérêt, à réduire la morbidité publique, et notre rôle social grandit de jour en jour.

Au moment où toutes les questions fiscales commencent à s'agiter devant l'opinion, j'ai cru utile d'attirer sur elles l'attention de tous mes confrères, ceux des campagnes, ceux des villes, ceux du Parlement. J'espère que les syndicats médicaux s'uniront pour montrer aux pouvoirs publics les dangers d'une fiscalité contraire à l'hygiène populaire, et pour leur demander en même temps un peu de bienveillance et de justice pour notre profession.

Dr L. Rénon,
agrégé, médecin des hôpitaux.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique.*)

ÉTUDES ET PROJETS

La lutte contre la tuberculose.

Le rapport de M. Léon Bourgeois.

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a, dans sa dernière séance, dit *La Revue d'Hygiène*, adopté les conclusions d'un rapport présenté par M. Léon Bourgeois au nom de la commission de la tuberculose, sur un plan d'organisation de la lutte contre la propagation du terrible mal, et sur une série de mesures ayant pour but de réaliser une première application, nettement limitée, de ce plan.

Le problème de l'isolement des tuberculeux, qui est le premier à résoudre si on veut agir efficacement, préoccupe depuis longtemps les médecins et les pouvoirs publics. Dès 1896, le conseil de surveillance en faisait l'objet d'une étude spéciale, et, quelques années plus tard, on constituait, au ministère de l'intérieur, une commission permanente de préservation contre la tuberculose. En 1904, M. Combes, ministre de l'Intérieur, saisissait les préfets d'une façon pressante, de la question de l'isolement des tuberculeux, et M. Mesureur, directeur de l'assistance publique, formulait un programme d'action tendant à l'application dans les hôpitaux des mesures indiquées par la commission permanente.

Depuis, ces mesures n'ont pas été, même partiellement, réalisées. Il n'était pas aisé, à la vérité, et M. Léon Bourgeois le reconnaît volontiers, de se tirer d'affaire dans une ville comme Paris, où les établissements hospitaliers sont anciens, encombrés et souvent mal disposés, et où, sur une population de 14.000 malades, on compte 5.000 tuberculeux. C'est pourquoi les longues discussions engagées depuis deux ans n'auront pas été inutiles. Elles ont démontré qu'il n'y a pas de solution définitive du problème de l'isolement « si elle ne fait pas logiquement partie d'un plan d'ensemble, d'un plan méthodique et réfléchi d'organisation de la lutte médicale et sociale contre la propagation tous les jours plus rapide de la tuberculose ». Et on a adopté pour ce plan général les directions suivantes.

1° L'Assistance publique accomplira son devoir

étroit, son premier devoir envers les autres malades en isolant d'eux les tuberculeux; mais elle n'accomplira pas encore son devoir envers ces derniers en leur ouvrant simplement des hôpitaux ou des quartiers spéciaux. Ce qu'elle doit leur assurer, c'est un ensemble de conditions de traitement particulières et variables comme les conditions du mal lui-même.

2° Il ne suffit pas de traiter temporairement à l'hôpital certains accidents aigus, ni de recueillir comme dans un quartier d'hospice des chroniques auxquels on se borne à donner quelque soulagement et à procurer une fin plus douce. Si l'Assistance publique veut remplir tout son devoir, — si même simplement elle veut parvenir à diminuer le nombre toujours croissant des chroniques qui encombrent ses services et dont les tuberculeux forment une si grande part, — c'est à tous les degrés et à toutes les conditions variables du mal qu'elle doit apporter des moyens d'action, et c'est par une organisation de la lutte contre le mal qu'elle doit procéder en variant ses moyens d'action suivant les variétés et les degrés du mal.

Suivant le degré du mal, le traitement de la tuberculose doit être :

Ou assuré au dehors, chez le malade lui-même, et dans sa famille, — lorsqu'il n'en résultera aucun danger pour celle-ci ni pour lui-même, — grâce à un système de consultations externes, de secours en nature ou en argent, de conseils et de prescriptions d'hygiène, constituant en somme le type de la cure de dispensaire ;

Ou assuré dans un quartier d'hôpital, à Paris, lorsque des raisons d'ordre médical exigent l'hospitalisation, ou lorsque des raisons sociales interdisent la séparation de la famille et rendraient trop pénible un trop grand éloignement. Les hôpitaux ou les quartiers spéciaux destinés à cette catégorie de malades doivent être organisés non comme des établissements généraux, mais dans les conditions particulières d'aération, d'orientation et d'outillage hospitalier exigées pour un traitement véritable de la tuberculose ;

Ou, enfin, assuré dans des hôpitaux ou des quartiers spéciaux hors de Paris, toutes les fois que les conditions des deux cas précédents ne se présentent pas, toutes les fois notamment qu'il s'agira d'un séjour possible d'une assez longue durée, pour lequel les influences atmosphériques et climatériques ont naturellement le plus d'effet. Les hôpitaux ou quartiers spéciaux doivent être situés, orientés, outillés, bien entendu, en vue de la véritable cure.

3° Pour que chaque malade ou chaque groupe de malades trouve dans cette organisation hospitalière tripartite la place qui lui convient réellement, il faut que ces trois moyens d'action de l'Assistance soient reliés les uns aux autres par une pensée et une direction communes ; il faut que le tuberculeux puisse, selon les changements de son état, être, soit observé et suivi par le service de la consultation et du dispensaire, soit placé immédiatement dans une salle de l'hôpital d'où dépendra ce dispensaire, soit désigné pour un transfert dans l'hôpital extra-urbain. Il est possible, il est probable que plus d'un de nos malades pourra passer successivement par chacune de ces trois sélections.

D'où la nécessité de donner son dispensaire à chacun des hôpitaux ou quartiers spéciaux parisiens affectés à la tuberculose, et d'établir des relations régulières avec un hôpital ou un quartier spécial suburbain.

Telles sont les idées générales du système préconisé par M. Léon Bourgeois. Leur simple exposé permet de comprendre la portée des propositions pratiques et limitées d'application auxquelles la commission a donné son adhésion :

1° Création, à l'hôpital Laënnec, sur les terrains en bordure de la rue Vaneau, d'un service de consultation et d'un dispensaire hospitalier pour tuberculeux ;

2° Affectation d'un quartier spécial de l'hôpital Laënnec (4 salles d'hommes, 4 salles de femmes, représentant 250 lits) au traitement des tuberculeux examinés par ce dispensaire et désignés pour l'hospitalisation immédiate à Paris ;

3° Aménagement de cette partie de Laënnec en vue du traitement véritable (galeries de cure, etc.) ;

4° Affectation de 500 lits disponibles de Brévannes aux tuberculeux désignés par la consultation de Laënnec pour l'hospitalisation à la campagne.

Si cette première application du plan général est adoptée, l'administration proposera immédiatement la création d'une organisation semblable à Tenon, où 400 lits pourront être affectés aux tuberculeux, on y installera un service de dispensaire et de consultation, auquel on adjoindra comme service hors Paris, le dispensaire d'Angicourt.

Enfin un troisième groupe pourrait être créé à Saint-Antoine pour 1,700 tuberculeux. Le service hors Paris serait assuré par l'hôpital qui doit être construit à Ivry ou à Vaucresson sur les fonds de l'emprunt hospitalier de 45 millions.

Ainsi, écrit M. Léon Bourgeois, par l'extension méthodique de ce plan d'action, l'Assistance publique pourrait enfin espérer résoudre, dans Paris, non seulement ce que j'appelle plus particulièrement le problème de l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux, mais bien celui de la lutte hospitalière contre la tuberculose parisienne.

Le rapporteur entre ensuite dans le détail des discussions qui ont abouti à l'adoption, par la commission de la *tuberculose, de ce plan général* et de sa première application. Il montre ce que sera l'hôpital Laënnec transformé en vue de sa nouvelle destination, et il évalue les dépenses nouvelles qu'entraînera pour l'Assistance publique le fonctionnement des services spéciaux de tuberculeux.

Ces dépenses seront relativement élevées. Mais, dit en terminant M. Léon Bourgeois, le principe de notre obligation sociale envers tous ceux qui sont dans l'impossibilité physique ou morale d'assurer leur existence, principe proclamé à plusieurs reprises par le Conseil supérieur de l'Assistance publique et reconnu par la représentation nationale dans diverses lois générales (assistance médicale obligatoire, assistance de la vieillesse et de l'invalidité, etc.), oblige l'Assistance publique de Paris, comme les établissements publics des autres villes de la République, à prendre pour point de départ de toutes les organisations l'ensemble des besoins réels de la population malheureuse. Le concours du Conseil municipal et au besoin celui du gouvernement ne lui manqueront pas pour y pourvoir lorsqu'elle aura su faire connaître clairement les nécessités de sa tâche nouvelle.

La lutte contre la tuberculose est au premier rang des obligations nouvelles. Il y a là non seulement un devoir d'humanité, mais un devoir national et social. En contribuant à sauver un immense capital humain chaque jour plus gravement menacé, en dépensant pour ce sauvetage des sommes qui peuvent paraître considérables en elles-mêmes, mais qui sont peu de chose au prix du service rendu, c'est une œuvre de bonne administration véritable, de prévoyance et d'assurance rigoureusement profitable au pays que nous aurons accomplie.

C'est en tout cas une œuvre de solidarité sociale nécessaire que la science et l'humanité réclament impérieusement de nous.

Le rapport de M. Léon Bourgeois a été, nous l'avons dit, adopté par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique ; ses conclusions vont faire maintenant l'objet de propositions précises et chiffrées au Conseil municipal de Paris.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

L'application de la loi sur les Accidents du travail

A LA MANUFACTURE DES TABACS DE LILLE.

L'article 4 de la loi sur les accidents du travail reconnaît formellement aux blessés le droit de choisir leur médecin, de changer de médecin en cours de traitement s'ils le désirent, et aux médecins le droit de faire tous les certificats nécessaires pour l'établissement des droits du blessé.

Naturellement, cette liberté, qui est une garantie pour l'ouvrier blessé, ne pouvait pas être vue d'un bon œil par le patronat qui voyait ainsi diminuer tant soit peu sa possibilité d'asservissement de la classe ouvrière. Aussi voyons-nous de tous côtés les patrons, ou les Compagnies d'assurance qui les représentent, s'efforcer de diriger les blessés du travail chez un certain nombre de médecins qui leur sont plus ou moins officiellement attachés et qu'ils savent leur être dévoués.

On aurait pu supposer que les administrations d'État, respectueuses de l'esprit de libéralisme dont fait preuve la loi à ce point de vue, n'auraient mis aucune entrave à l'exercice de cette liberté de l'ouvrier.

Il nous a fallu déchanter lorsque nous eûmes connaissance de l'ordre suivant, affiché à la manufacture des tabacs de Lille.

Ordre de service.

« 1° Tout ouvrier, témoin ou victime d'un accident quelconque, doit en faire la déclaration immédiate à son chef d'atelier.

2° Tout ouvrier blessé qui doit interrompre son service doit faire constater sa blessure par le médecin de l'Administration à la plus prochaine consultation médicale de la manufacture ; s'il a fait choix d'un autre médecin, il doit en faire connaître le nom *et l'adresse* ainsi que l'endroit où il se fait soigner.

« 3° Le blessé qui a fait choix de son médecin n'est tenu de fournir aucun certificat de médecin : d'autre part, l'administration n'est tenue des frais médicaux, qui doivent faire l'objet d'un *mémoire détaillé*, que dans les limites fixées par la loi, et notamment. *elle ne prend pas à sa charge les frais de délivrance des certificats médicaux* qui pourraient lui être présentés.

« 3° Les ouvriers blessés qui se font soigner par un médecin étranger à l'Administration, sont invités à se présenter, lors de leur interruption de travail, à la consultation médicale de la manufacture à l'effet de faire constater leur état par le médecin de l'Administration ; ceux qui ne rempliraient pas cette formalité (non obligatoire) seraient visités à leur demeure dans les conditions prescrites à l'article 4 de la loi.

« 5° Toute victime d'accident, soignée ou non par le médecin de l'Administration, n'est réadmise au travail que sur le vu d'un certificat de guérison qu'elle est tenue de se faire délivrer par le *médecin de l'Administration*, et qu'elle doit remettre à sa rentrée. »

C'est là, on en conviendra, un beau spécimen de pression exercée sur les ouvriers pour les amener à ne s'adresser qu'au médecin agréé par le chef d'entreprise. Et puis, quelle confiance l'Administration des Tabacs manifeste vis-à-vis des ouvriers et des médecins indépendants ! L'ouvrier qui choisit son médecin et ne veut pas se présenter à la consultation du médecin administratif sera mis en demeure, au nom de la loi, de recevoir chez lui la visite du dit médecin, Pensez-donc, l'ouvrier est si souvent un carottier, et le médecin qu'il a choisi pourrait bien être son complice !.. De même un certificat de guérison délivré par un médecin non attaché à l'Administration, cela n'a pas de valeur ; seul le médecin de l'Administration, est capable de dire si un blessé est guéri et peut reprendre son travail !

Evidemment, en agissant ainsi, l'Administration n'a qu'un but : décourager l'ouvrier de choisir son médecin ; le conserver sous sa dépendance et son contrôle par l'intermédiaire du médecin administratif ; et surtout éviter l'établissement et la production de certificats médicaux trop précis qui pourraient parfois être gênants.

Aussi. est-ce principalement sur cette question des certificats que porte l'ordre de service ci-dessus En cas d'accident du travail, ces certificats médicaux sont en effet de la plus haute importance, aussi bien le certificat de constatation d'accident que le certificat de guérison ou de consolidation de la blessure ; c'est sur eux que les tribunaux se basent pour établir les droits du blessé. De là l'intérêt qu'a l'Administration à ce que les certificats soient établis par son propre médecin. Mais si l'Administration se méfie des certificats délivrés par les médecins qui ne sont pas sous sa dépendance, avec combien plus de raison les ouvriers doivent-ils se méfier des certificats délivrés par le médecin administratif !

***

D'autre part, l'Administration des tabacs essayait de décourager les médecins de donner leurs soins aux ouvriers blessés de la manufacture, en voulant les obliger à passer par des formalités bizarres pour obtenir le paiement de leur salaire, et surtout à leur délivrer des certificats, en refusant catégoriquement de les leur payer. Déjà, les blessés, étaient, par le paragraphe 3 de l'ordre de service ci-dessus, prévenus que l'Administration ne prenait pas à sa charge les frais de délivrance des certificats médicaux.

A un médecin qui avait envoyé sa note à l'Administration, après avoir pris soin de l'établir conformément à l'arrêté et au tarif ministériels, la direction de la manufacture fit répondre :

« Les instructions de mon administration sont formelles ; elles prescrivent que toutes les fois qu'un ouvrier blessé de notre service aura fait choix de son médecin, le règlement de la part des frais médicaux incombant à l'Etat ne devra être acquitté *qu'après avoir été arrêté por le juge de paix* du canton du lieu de l'accident, suivant le tarif de l'arrêté ministériel. En conséquence, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien nous faire parvenir un mémoire arrêté par le juge de paix du 2° arrondissement.

« En ce qui concerne les certificats, mon administration *prescrit de mettre à l'appui des déclarations à la mairie ceux délivrés par le médecin attaché à l'établissement*. Ceux fournis aux ouvriers par le médecin choisi par eux nous étant inutiles, il ne paraît pas que le montant en incombe à l'Etat. »

Le *Secrétariat ouvrier d'hygiène de Lille*, mis au courant, résolut de profiter de la circonstance pour établir combien était abusif l'ordre de service cité plus haut. Il conseilla au médecin de répondre par la lettre suivante :

« Monsieur... , votre lettre contient deux points :

« 1° Un *point de forme*. Vous basant sur l'art. 4 de la loi, vous estimez que ma note doit faire l'objet d'un mémoire arrêté par le juge de paix. Permettez-moi de ne pas être de votre avis. Ce n'est pas non plus l'avis, je crois, de M. le juge de paix. Est-ce que, par hasard, vous n'auriez pas eu connaissance, il y a quelque temps, de l'appréciation suivante du juge de paix.

« L'art. 4 nouveau dit que le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident d'après un tarif établi par un arrêté du ministère du commerce. Mais il n'est point dit que le juge devra opérer par visa ; c'est uniquement par jugement, assurément, en cas de contestation entre le

patron et la victime... » Si je me souviens bien, cette appréciation a été portée au sujet d'un blessé de la manufacture des tabacs relativement à sa note de pharmacie.

2° *Un point de fond.* Ce point est celui du certificat de déclaration. Vous dites :

« Mon administration prescrit de mettre à l'appui « des déclarations à la mairie ceux délivrés par le « médecin attaché à l'établissement. »

« Il est très curieux de voir une administration de l'État essayer ainsi de violer l'esprit même de la loi qui laisse au blessé la liberté du choix de son médecin. La loi reconnaît tellement bien au médecin choisi par le blessé le droit de faire les certificats que ces certificats sont tarifés par l'art. 9 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905. En ce qui concerne les certificats de déclaration, c'est au premier médecin qui voit le blessé qu'il convient de l'établir..... »

Après deux mois d'attente, ledit médecin était averti que l'administration autorisait le paiement de sa note et par suite abandonnait sa prétention de faire viser ou arrêter cette note par le juge de paix. En ce qui concerne le certificat de déclaration, l'Administration reconnaissait que la rémunération était due « à la condition que la pièce eût été utile et, en particulier, qu'elle ne fasse pas double emploi. Dès lors, si c'est le médecin de la manufacture qui a délivré le certificat déposé à la mairie en exécution de l'art. 11 (nouveau) de la loi, *le médecin* qui a donné ses soins au blessé ne saurait prétendre à aucune rémunération de ce chef. Comme le déclarant reçoit aussitôt un récépissé de la maladie il est toujours facile de savoir qui a la priorité, sans qu'aucune contestation puisse surgir à cet égard ».

L'Administration reconnaissait ainsi au médecin choisi par le blessé la faculté de délivrer les certificats médicaux nécessaires acceptant d'en prendre les frais à sa charge. Son ordre de service devenait caduc et perdait une grande partie de sa raison d'être. Il ne tardera probablement pas, si cela n'est déjà fait, à être enlevé aux regards des ouvriers, tout au moins dans sa rédaction primitive.

Quoi qu'il en soit, le Secrétariat ouvrier d'Hygiène, organisme de la Bourse du Travail de Lille, oppose à cet ordre de service l'ordre de service suivant :

1° Aussitôt blessé et si bénigne que puisse paraître la blessure, avant toute autre formalité, l'ouvrier doit prévenir le délégué d'atelier de son Syndicat, lequel lui donnera les premières indications nécessaires.

2° L'ouvrier blessé a le droit strict de se faire soigner par le médecin qui lui plaît. Il peut, s'il le désire, changer de médecin au cours du traitement.

3° Il n'est nullement tenu de faire établir le certificat de constatation d'accident par le médecin de la manufacture ; son intérêt est de faire établir tous les certificats relatifs à son accident par un médecin étranger à l'Administration et en qui il ait pleine confiance.

4° L'ouvrier blessé qui a choisi son médecin ne doit plus jamais, sous aucun prétexte, se rendre à la consultation du médecin de l'Administration. Si celui ci se présente chez lui pour le voir, il doit le mettre poliment à la porte, à moins qu'il ne remplisse certaines conditions prévues par la loi. Mais, même alors, le médecin de l'Administration n'a aucun droit de l'examiner ou de le toucher ; il ne peut que s'enquérir de son état.

5° En forçant le blessé, porteur d'un certificat de guérison délivré par un autre médecin, à présenter, pour être réadmis au travail, un certificat de guérison délivré par le médecin de la manufacture, l'Administration lui fait souvent perdre pour cette formalité inutile, une journée de travail. Dans ce cas, l'ouvrier doit exiger de l'Administration, pour cette journée perdue par suite du caprice de ladite Administration, non plus son demi-salaire mais son salaire complet.

MAX.
du Secrétariat ouvrier d'Hygiène, de Lille.
(Extrait du journal : *L'Echo des Tabacs.*)

CORRESPONDANCE

La solidarité en marche.

Mon cher confrère,

Ci la petite note que je vous ai promise sur Hennebont.

Le docteur M., qui assurait le service médical de la Société de secours mutuels des forges ayant été atteint d'incapacité définitive de travail, aucun de ses confrères d'Hennebont n'a voulu prendre la succession.

Il touchait 3000 francs. Les 4 confrères d'Hennebont se sont réunis et ont décidé de faire ce service pour 6000 francs en laissant à l'ouvrier le choix du médecin.

Ce système fonctionne depuis deux ans ; les 6000 francs sont partagés au prorata des visites.

Cela ne vaut pas encore l'entente des 30 médecins de Lorient, devant les S. S. M., mais c'est une preuve que lorsque les confrères sont unis, ils font ce qu'ils veulent.

Veuillez agréer, etc.

Dr COUSIN. (de Lorient).

Le livret scolaire.

Paris, 23 juin, boulevard Beaumarchais.

Mon cher confrère,

L'article de notre confrère le Dr Courgey pour le livret scolaire, paru dans le *Concours médical* du 10, laisse entendre que ce livret est de date récente et ne remonte qu'à la création de la Ligue des médecins et des familles.

La question est beaucoup plus ancienne : elle a fait l'objet d'un travail, en 1888, par le Dr Blayac, médecin inspecteur des écoles de la ville de Paris, travail qui a été présenté alors à la Société des médecins-inspecteurs et imprimé par les soins du Conseil municipal.

En 1904, M. Ed. Vaillant l'a reprise à la Chambre des députés, au moment de la discussion du budget de l'instruction publique et l'a longuement analysée.

En avril 1905, la Société des médecins-inspecteurs des écoles s'en est occupée à nouveau et a chargé une commission de lui faire un rapport à ce sujet. La création de la fiche scolaire a été discutée et approuvée en assemblée générale et un modèle en a été présenté au dernier Congrès d'hygiène scolaire.

Je vous cite au hasard ces trois étapes de la fiche sanitaire pour montrer que, si elle doit être mise prochainement en pratique, elle est depuis longtemps sur le chantier et elle a subi la consécration officielle pour ainsi dire puisque la commission permanente de préservation contre la tuberculose en a adopté le principe.

Quant aux détails d'organisation, je ne veux pas les traiter ici ; ils comporteraient de trop longs développements.

Si vous le jugez à propos, mon cher confrère, vous pourriez peut-être rappeler cet aperçu historique à l'occasion.

Bien confraternellement à vous,

Dr H. GOURICHON.

N. D. L. R. Insérons avec les plus grand plaisir la lettre de notre ami M. H. Gourichon, l'un des plus versés dans les questions d'hygiène scolaire.

Faisons toutefois remarquer que Courgey avait à à dessein négligé l'historique du livret, celui-ci ayant été traité dans le journal aux époques même dont parle M. Gourichon, et la question ayant été suivie et tenue à jour dans nos colonnes.

Pour les petits hôpitaux de province,

Nemours, le mai 1906.

Mon cher confrère,

L'hôpital de Nemours possède un certain nombre de chambres particulières isolées pour les malades, payants. Après entente, d'ailleurs grandement facilitée par la bonne volonté de l'administration et des médecins de l'établissement, les praticiens de la ville ont obtenu la faculté de faire entrer dans ce service particulier et payant les malades ou blessés de leur clientèle en leur continuant leurs soins, soins rétribués, commes'ils se trouvaient dans une maison de santé quelconque.

Ce service nouveau a été inauguré il y a quelques semaines a la satisfaction complète d'une malade atteinte de hernie étranglée et du médecin qui la soignait.

Il est à souhaiter que cette organisation libérale et équitable soit adoptée dans les petits hôpitaux comme le nôtre et il est certain que cette rencontre quotidienne à l'hôpital ne peut qu'entretenir des liens de confraternité cordiale et durable.

Agréez, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Chopy,
Ordonnateur de l'hopital de Nemours
Membre du Concours médical et du
« Sou médical ».

Les victimes du travail à l'hôpital d'Albertville.

Extrait d'une délibération de la commission des hospices d'Albertville (mars 1906).

... En ce qui concerne les blessés par accidents du travail, les frais médicaux doivent, aux termes de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, être compris dans les frais d'hospitalisation qui ne peuvent, ailleurs qu'à Paris, excéder 3 fr. 50 par jour. De l'avis de M. le Docteur Armand, la commission administrative pourrait, pour cette catégorie de malades, fixer le prix de la journée à 3 fr. 50 tout compris.

Sur ce taux, l'hôpital retiendrait 2 fr. 50, qui est le prix ordinaire des journées de malades payants et verserait le surplus, soit 1 franc au médecin pour ses honoraires....

.... La commission décide ; « Pour les blessés par accidents du travail, le prix de journée est fixée tous les frais compris, à 3 fr. 50 dont 2 fr. 50 reviendront à l'hospice et un 1 franc au médecin du malade pour ses honoraires. »

VARIA

Le fléau massothérapique.

Un nouveau fléau s'est abattu sur le corps médical, qui avait déjà à se défendre contre tant de parasites ou de concurrents. On songe involontairement aux plaies d'Egypte, à ces nuées de sauterelles, qui, en Algérie, ravagent tout sur leur chemin; au pullulement de certains vibrions qui se multiplient avec la plu s effrayante rapidité à ce qu'il y a de plus envahissant, de plus insinuant, de plus redoutable (toutes les épithètes à madame de Sévigné n'y suffiraient pas) parmi les pieuvres, les insectes à suçoir et les organismes inférieurs qui vivent au détriment du voisinage.

Ah ! si l'agriculture manque de bras, il n'en est pas de même de l'industrie massothérapique !

J'ai dit, jadis, sur le ton de la plaisanterie, au docteur Archambauld, qui ne se lassait pas de distribuer des diplômes à une foule de donzelles enlevées aux antichambres et à l'anse du panier, qu'il avait déchaîné sur ses confrères une meute insatiable, dont le nombre a pris des proportions inquiétantes.

Aujourd'hui, je n'ai plus envie de rire, et c'est avec effarement, avec des gestes éplorés, que je viens, au nom du corps médical, demander grâce à ce terrible professeur de massage, dont les élèves sont légion, et qui n'en conserve pas moins sa sérénité, avec un sourire engageant qui commande plutôt la sympathie que la terreur. Comme la Faculté, qu'il songe à l'encombrement.

Qu'il ait pitié de nous, puisqu'une lignée si compacte s'agite derrière lui, puisque les sous-préfectures les plus somnifères, les bourgs les plus déshérités, ont maintenant l'ineffable joie de posséder des virtuoses pour qui l'anatomie et les manipulations les plus délicates n'ont plus de secrets. Et cependant, on peut dire du masseur comme de tant d'autres choses :

Rien n'est plus commun que le nom.
Rien n'est plus rare que la chose !

Dès qu'un infirmier ou une infirmière ont cessé de plaire, ou trouvent qu'ils manquent d'indépendance, ne gagnent pas assez, ils se font faire de magnifiques cartes de visite, comme vous ne sauriez en avoir, ni vous, ni moi, où leur savoir en orthopédie et pour la pose des ventouses est dûment contrôlé par les facultés de France et de l'étranger. On ne se doute pas de toutes les récompenses que ces opérateurs ont obtenues dans les hôpitaux du monde entier et ce qu'il y a de panaches, de titres, de décorations, attachés à leurs fonctions.

Il en est de même pour les baigneurs et baigneuses de nos établissements thermaux, pour les anciens domestiques des médecins en vogue, les infirmiers, les femmes de chambre qui en ont assez ; ils sont tous pourvus des distinctions les plus honorifiques, des recommandations les plus flatteuses ; ils ne se mettent jamais en campagne sans être munis d'une lettre de quelque médecin, dont la bonté d'âme ne sait jamais résister au plaisir de faire plaisir, en apposant sa signature au bas d'un placet élogieux.

Si cela continue, à Vichy en particulier (le mal sévit plus particulièrement dans nos principales villes d'eaux et à Paris), il y aura bientôt plus d'opérateurs que de gens à masser. Il semble même qu'on leur enlève quelque chose, qu'on les prive d'un dû, lorsque dans certaines stations, comme à Bagnoles, les médecins se décident à agir eux-mêmes, directement, sur le système veineux de leur clientèle. Je me rappelle l'indignation et le mépris d'une dame évincée, qui ne pouvait admettre que les fils d'Hippocrate daignent s'abaisser jusqu'à une aussi triviale besogne. C'était déchoir et priver de pauvres mères de famille de leur gagne-pain.

Qu'elles restent donc chez elles, à faire des enfants, à soigner la popotte et les fonds-de-chausse de leur homme, qu'elles demeurent aux champs, se consacrent au commerce ou fassent de bonnes domestiques, toutes ces déracinées qui croient

s'élever ou avoir une profession rémunératrice du jour au lendemain, en se consacrant à triturer les abdomens chancelants et les mollets variqueux de bourgeoises quadragénaires.

Il y aurait injustice, je le reconnais volontiers, à discréditer en bloc ces collaborateurs ou collaboratrices, dont quelques-uns possèdent des notions réelles et savent par-dessus tout garder réserve et discrétion. J'ai utilisé et je continuerai à utiliser les petits talents de plusieurs ; c'est peut être même parce que je n'ai pas su résister assez aux sollicitations du plus grand nombre, que je me suis laissé déborder, que, tout en étant serviable, je me suis vu obligé de réclamer pour mon temps, en m'élevant contre les visites intéressées, contre les cadeaux mesquins, confiseries indigestes, bouquets et bibelots de mauvais goût, avec lesquels on cherche à nous forcer la main.

Qui nous délivrera de ces attentions, de ces prévenances, de ces quémandeurs et quémandeuses, qui surgissent on ne sait d'où, au moment des consultations et ajoutent encore à la fatigue des médecins occupés !..

Si encore il n'y avait que nos compatriotes qui aspirent à modifier la structure de leurs contemporains, mais la Suède, la Norvège, la Russie, etc. s'en mêlent aussi. La mesure sera comble, ou plutôt elle aura débordé depuis longtemps, lorsque l'Allemagne si prolifique recommencera de ce côté ce qu'elle a fait si largement pour ses commis-voyageurs. On peut même prévoir l'époque où les Chinois et les Japonais, qui possèdent des dynasties spéciales de masseurs aveugles et ont pu acquérir une habileté exceptionnelle sur les magots de l'Orient, viendront exercer leur... sacerdoce en Europe.

Quel avenir ! Quelle perspective ! Que les dieux immortels en protègent les médecins qui auront survécu !

On patienterait peut-être, si ces artistes au doigté prestigieux voulaient bien s'enfermer dans leurs attributions, ne pas sortir de leur rôle ; mais ceux-mêmes qui ont le plus d'intérêt à nous ménager, à ne pas nous contrarier, ne peuvent s'empêcher de donner des conseils médicaux, de surajouter leur savoir au nôtre, d'appeler l'attention des malades sur tel ou tel point, auquel le docteur ne paraît pas avoir ajouté assez d'importance, etc., etc..

Lorsqu'on les lâche, qu'on cesse de leur envoyer, c'est bien autre chose ; alors, on nous supplante, on cherche à accaparer les clients et à les guider, en dehors de notre contrôle. Les langues, comme les pattes, ne gardent plus aucune mesure ; on serait sali, vilipendé, si certaines insinuations pleines de perfidie pouvaient rencontrer un terrain propice, si la bouche dont elles sortent n'inspirait pas la défiance, même aux rivaux et à tous les ennemis du médecin, qui ne demanderaient pas mieux que d'avoir une occasion de débiner un concurrent, de lui enlever peu ou prou de son prestige heureux.

Je n'exagère rien dans ce qui précède ; j'ai même le sentiment d'être au-dessous de la vérité, de n'avoir pas assez fait sentir l'étendue du fléau, de cette tache d'huile qui ne cesse de s'agrandir et de faire ombre,

De même qu'on s'efforce un peu partout de détourner les jeunes gens des études médicales, il s'agit de conseiller sans trêve aux Lisette et aux Claudine qui ont des illusions de ne pas demander un gagne-pain à la massothérapie. Qu'elles attendent pour entrer dans la carrière que leurs aînées n'y soient plus. Elles sont déjà trop et n'ont aucune honte d'abdiquer ou de battre en retraite.

Je consens à rendre hommage au courage malheureux, courage qui aurait pu être mieux employé : mais à condition que leur exemple ne soit pas une cause de mystification, à condition que par vanité elles n'induisent pas en erreur d'autres soubrettes, déjà trop disposées à marcher sur leurs traces,

Je ne voudrais mécontenter personne, je le répète encore une fois ; j'ai rendu et je continuerai à rendre justice au mérite, mais enfin il n'était pas inutile de pousser un cri d'alarme, de répéter le *quousque tandem* de classique mémoire, avec la conviction d'accomplir un devoir, qui s'imposait depuis longtemps.

D[r] Grellety (de Vichy).

BIBLIOGRAPHIE

La lutte antituberculeuse en France, par le D[r] R. Dehau et R. Ledoux-Lebard. 1 vol. petit in-8 de XXVI-271 pages, broché. (Masson et Cie, éditeurs), 3 fr. 50.

Dans le monde médical comme en dehors de lui, l'occasion de placer un tuberculeux ne se rencontre, hélas ! que trop fréquemment. Malheureusement cela demeurait jusqu'à présent une tâche aussi difficile qu'embarrassante. Il n'existait en effet aucun ouvrage récent et d'usage commode qui permît à chacun, par ses indications, de choisir pour le malade, riche ou pauvre, l'établissement le mieux approprié à sa situation et à son état. MM. Dehau et Ledoux-Lebard viennent de combler heureusement cette lacune.

Ils se sont efforcés de grouper sous une forme pratique tous les renseignements relatifs aux œuvres antituberculeuses françaises, gratuites ou payantes, publiques ou privées, que le médecin ou philanthrope peuvent avoir intérêt à connaître. Ils décrivent successivement les institutions réservées aux enfants et aux adolescents, celles qui s'adressent seulement aux adultes et enfin celles qui envisagent à la fois plusieurs côtés du problème antituberculeux. Les tableaux synoptiques placés au début du volume permettent de trouver immédiatement, et pour chaque cas particulier, les œuvres entre lesquelles devra se restreindre le choix. L'ouvrage ne devant pas s'adresser au seul public médical, les auteurs ont résumé aussi dans ces tableaux toutes les indications hygiéniques et prophylactiques généralement admises et d'application facile qui sont aujourd'hui la base de toute action efficace et raisonnée de tout traitement.

L'intérêt sans cesse croissant qui s'attache justement et dans les milieux les plus divers à la question de la tuberculose, l'extension considérable qu'a prise dans notre pays la lutte contre ce fléau social donne à l'ouvrage de M. Dehau et Ledoux-Lebard un grand intérêt d'actualité. C'est en effet le tableau le plus complet que nous possédions de l'état présent de la lutte antituberculeuse en France, et à ce titre il intéresse tous ceux que préoccupent les progrès et le succès de cette lutte, tandis qu'il constitue aussi pour les médecins et pour les philanthropes soucieux de l'intérêt de leurs malades ou de leurs protégés un guide précieux, un auxiliaire indispensable.

REPORTAGE MÉDICAL

Compagnie fermière de l'établissement thermal de Vichy, Société anonyme, capital 12 millions. Siège social : 24, boulevard des Capucines.

Le succès des merveilleuses installations de Vichy, qu'un grand nombre de nos confrères ont eu d'ailleurs l'occasion de visiter, a produit une telle affluence de baigneurs dans la célèbre station, qu'un nouveau service de trains rapides a dû être organisé.

La Cie P.L.M. a mis en service un train avec wagon-restaurant partant de Paris à 11 h. 10 du matin et arrivant à Vichy vers 5 h. et la Cie internationale des wagons-lits, un train de luxe avec wagon restaurant, partant trois fois par semaine de Paris à 4 heures et arrivant à Vichy à 9 h. du soir.

En moins de 5 heures l'on est donc transporté à Vichy, ce qui rend bien facile la cure de Grande Grille, de l'Hôpital et des Célestins.

Voyage d'Études Médicales: eaux minérales, stations maritimes, climatiques et sanatoriums de France). *Voyage de* 1906 (Huitième V. E. M,), *Stations de la Savoie.*

Conditions du voyage. I —. La ville de Lyon est prise comme point de départ du voyage en groupe pour tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément.

Pour arriver à la gare de Lyon-Perrache (Compagnie Paris-Lyon- Méditerranée), les Compagnies des Chemins de fer accordent une réduction de moitié prix à tous les médecins et étudiants en médecine, quel que soit le point de la France d'où ils partent. Pour recevoir, en temps voulu, ce billet de faveur, il est necessaire d'indiquer très exactement, en s'inscrivant, la gare de départ, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français. Semblable réduction est accordée aux femmes de médecins.

Chaque voyageur peut arriver à Lyon, à son gré, avant le 1er septembre.

II. — De Lyon à Uriage, les voyageurs visiteront en groupe les stations suivantes: Hauteville (sanatorium).— Evian — Thonon — Saint-Gervais— Chamonix — Annecy — Aix — Marlioz — Le Revard — Challes — Salins-Moutiers — Brides — Pralognan — Allevard — La Motte — Bouquéron — Uriage.

Prix à forfait : 300 francs par personne, payable en s'inscrivant. Ce prix comprend tous les frais de voyage, depuis le moment du départ de Lyon, le 1er septembre, jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront à Uriage, le mercredi 12 septembre après le déjeuner de midi, trajets en chemin de fer, bateau, voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

III. — Le mercredi 12 septembre, le dernier renier repas pris en commun sera le déjeuner à Uriage, à midi environ.

Pour retourner d'Uriage à son lieu de résidence, qui a été son point de depart, chaque voyageur bénéficiera, comme à l'aller, en venant à Lyon, de la réduction de moitié prix sur les chemins de fer.

En raison de la courte durée du voyage et des trajets importants en voiture, les voyageurs sont priés de réduire leurs bagages au strict nécessaire, les bagages à la main sont seuls admis.

Les Compagnies de chemins de fer, en accordant d'une façon tout à fait exceptionnelle aux adhérents de ce voyage, la faveur de rejoindre isolément, avec des billets à demi-place, la première station de la tournée, Lyon, ont expressément spécifié qu'on s'y rendrait sans arrêt et par la voie la plus directe. Il en est de même pour le retour au lieu de résidence, en quittant la dernière station, Uriage.

Dans le cas où, pour un motif quelconque, le voyage n'aurait pas lieu, les personne inscrites ne pourront prétendre qu'au remboursement des sommes versées.

Pour s'inscrire, envoyer : I. Son adhésion au Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (8e), ou au Dr Jouaust, 19, rue du Colisée. Paris (8e) : 1° Son nom et son adresse lisiblement écrits ; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français.

II. Sa souscription, 300 francs, au Dr Jouaust, 19, rue du Colisée, Paris (8e).

Programme : Hauteville (Sanatorium) — Evian — Thonon — Saint-Gervais Chamonix — Annecy — Aix — Marlioz — Le Revard — Challes Salins-Moutiers — Brides Pralognan — Allevard — La Motte — Bouquéron — Uriage.

La ville de Lyon est prise comme point de concentration. Chaque voyageur s'y rendra isolément.

Samedi 1er septembre. Réunion de tous les adhérents du voyage à la gare de Lyon Perrache, à 6 h. du matin.— Départ du train spécial à 6 h. 15. — Arriyée à Tenay.— Départ en voitures pour Hauteville. Visite du sanatorium. — Arrivée à Evian vers 7 h.— Dîner, — Coucher.

Dimanche 2 septembre. Le matin, visite d'Evian. — L'après-midi, promenade sur le lac offerte par la Société d'Evian — Dîner. — Coucher.

Lundi 3 septembre. Le départ pour Thonon. — Visite, déjeuner. — Dans l'après-midi, départ en train spécial pour Le Fayet. — Arrivée à Saint-Gervais vers 6 h. du soir. — Dîner. — Coucher.

Mardi 4 septembre. Le matin, visite de Saint-Gervais. — Après-midi, excursion à Chamonix. — Retour à Saint-Gervais pour coucher.

Mercredi 5 septembre. Le matin, départ en train spécial, pour Annecy. — Tour du lac en bateau. — A 1 h., départ en train spécial, arrêt à Lovagny.— Visite des gorges du Fier. — Arrivée à Aix. — Dîner. — Coucher.

Jeudi 6 septembre. Journée à Aix.

Vendredi 7 septembre. Le matin, départ en train spécial pour Challes. — Après-midi, en train spécial paur Salins-Moutiers. — Dîner. — Coucher à Brides.

Samedi 8 septembre. Le matin, départ en voitures pour Pralognan. — Retour à Brides. — Dîner. — Coucher,

Dimanche 9 septembre. Le matin visite de Brides. — Après-midi, départ en train spécial pour Allevard. — Dîner. — Coucher.

Lundi 10 septembre. Le matin, visite d'Allevard. — Après-midi, départ en train spécial pour Grenoble, puis en voiture pour Bouqueron. — Dîner et coucher à Uriage.

Mardi 11 septembre. — Le matin, départ pour La Motte. — Après-midi, visite de Vizille. — Dîner et coucher à Uriage.

Mercredi 12 septembre. — Le matin, visite d'Uriage. — Déjeuner. — Dislocation.

Hommage à M. Brouardel.— A la suite de la démission de M. Brouardel comme professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, l'Association des médecins légistes de l'Université de Paris, dans sa séance du 18 mai 1906, a décidé, avec la collaboration des professseurs de l'Institut de médecine légale et psychiatrie, d'ouvrir une souscription à laquelle pourront prendre part les médecins légistes et les médecins experts de France et de l'Etranger et tous ceux qui s'occupent de médecine légale. Cette souscription est destinée à offrir un souvenir au maître de la médecine légale française sous la forme d'une médaille rappelant ses traits et d'un album relatant les noms des souscripteurs.

Le montant de la cotisation est laissé à l'initiative de chacun et devra être adressé avant le 30 juin à M. le Dr Logez-Duc, secrétaire de la souscription, 81, rue de Maubeuge, à Paris, Xe arrondissement.

Le président, Dr Pierreson ; le secrétaire général, Dr E. Dabout.

P. S. — Les noms des membres du Comité d'organisation seront publiés dans le prochain numéro du journal. La *Revue de médecine légale*, organe officiel de l'Association, publiera les noms des souscripteurs.

Le Directeur-Gérant : Dr **H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année | N° 27 | 8 JUILLET 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

Société Civile du « CONCOURS MÉDICAL »

Séance du 28 juin 1906.

Présents : MM. Gassot, Maurat, Cézilly, Jeanne, Diverneresse.

MM. Diverneresse et Jeanne exposent ce qu'ont été les premiers travaux de la conférence médico-mutualiste, réunie sous la présidence de M. Loubet, et dont ils font partie. Les médecins y ont apporté la proposition sur laquelle leurs Sociétés se sont mises d'accord : les mutualistes en formuleront d'autres après une enquête qui doit se terminer vers le 1er octobre. Une sous-commission a été nommée pour étudier et rapporter les divers systèmes.

M. le Dr Jeanne informe que la Commission du tarif des accidents du travail s'est réunie pour fixer les relèvements prévus, après enquête, par les paragraphes 2 et 3 de l'arrêté-tarif du 8 novembre 1905. On peut prévoir pour une date rapprochée la promulgation du décret ou arrêté qui consacrera ces modifications.

Le Conseil renvoie après les vacances les conversations à engager avec le groupe médical parlementaire non reconstitué encore.

Même détermination est prise au sujet de l'examen, avec les groupements pharmaceutiques, de ce que devrait être une nouvelle loi sur l'exercice de la pharmacie.

Le Conseil décide de proposer le titre de *correspondant* à MM. les Docteurs :

Boudin, d'Oyonnax, pour le département de l'Ain ;

Houdart, de Brest, pour le département du Finistère ;

Venassier, de Dôle, en remplacement de M. Poirson, pour le Jura ;

G. Dupont, d'Yzernay, à la place de M. Rabjeau, pour Maine-et-Loire.

Il ajourne une candidature pour l'Indre-et-Loire parce que l'adhésion à une des œuvres n'a pas encore été donnée.

Il enregistre avec une vive satisfaction les efforts de propagande dont tous les correspondants lui fournissent la preuve, et, le journal en ayant récemment signalé quelques-uns d'une façon particulière, il décide de mentionner de plus aujourd'hui ceux de MM. Villaret (Isère) Saquet (Loire-Inférieure) Boudin (Ain), Allard (Pas-de-Calais), Sallé (Somme), Chauvenet (Côte-d'Or), Piot (Loire), qu'attestent les lettres du mois de juin.

Est fixée au *11 juillet*, dernière limite, l'attribution des deux bourses de voyage aux stations thermales, des séjours gratuits à Eaux-Bonnes, des séjours gratuits en septembre aux Corbières.

M. le Dr Gassot rend compte de la conférence

par lui faite récemment à Aix, sur les œuvres de solidarité médicale, à un groupe de confrères de l'Ain et de la Savoie ; il croit pouvoir en attendre de très bons résultats et remercie M. le Dr Boudin, d'Oyonnax, qui a provoqué et organisé cette réunion.

Après examen et approbation des actes de la Direction depuis la réunion du 26 avril, la séance est levée.

Le secrétaire des séances,

Dr MAURAT.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'inversion utérine.

M. le Dr Maygrier a traité dans une leçon clinique de l'hôpital de la Charité, la question fort importante de la conduite à tenir en présence d'un cas d'inversion utérine.

L'inversion est complète ou incomplète. Si elle est complète, le fond de l'utérus descend plus bas que le niveau du col, mais à des degrés différents au point que le col lui-même peut être — ce qui est très rare — entièrement retourné. Quand l'inversion est incomplète — majorité des cas — le fond de l'utérus retourné reste dans la cavité du col, ou peut atteindre le niveau du col.

Cet accident est très rare surtout à l'hôpital, à cause des précautions prises au moment de la délivrance. Certains accoucheurs même n'ont jamais vu une inversion utérine. A la Charité, on compte une inversion pour 6,0 0 accouchements. La malade de M. Maygrier fut accouchée en ville et on prétendait à tort qu'elle n'avait pas été délivrée. A l'examen on ne trouve pas trace de cordon. Les lèvres étaient œdématiées, une grande déchirure périnéale existait. Au toucher, on avait la sensation d'une tumeur ovoïde remplissant le vagin, et, en place du col, un bourrelet circonscrivant la tumeur.

Le palper abdominal révélait la vacuité complète de l'abdomen. Il s'agissait d'une inversion utérine complète survenue chez une primipare à grossesse normale de 8 mois 1/2, interrompue par rupture prématurée des membranes.

La sage-femme voyant le travail ne pas avancer fit appeler un médecin qui fit une application de forceps et mit au monde un enfant vivant. Dans la crainte d'une hémorragie, il fallut faire une délivrance artificielle et à ce moment se produisit l'inversion. Alors le médecin conseilla l'entrée à l'hôpital.

La malade étant dans un état plutôt grave, on commença d'abord par la remonter avant de rien tenter. 500 grammes de sérum furent injectés, on fit des injections d'éther, on donna de l'alcool à l'intérieur. Une fois la malade en meilleur état, la réduction de l'involution fut tentée et elle réussit parfaitement. On fit ensuite un grand lavage intra-utérin et un pansement aseptique consécutif. Bien que la faiblesse de la malade fût très grande, et la température élevée, aucune complication fâcheuse ne survint, et son utérus resta normalement rétracté.

Donc, point essentiel : avant toute intervention, il faut relever les forces de la malade, car elle serait exposée à succomber pendant les manœuvres de réduction.

La cure de Vichy contre l'intoxication opiacée et morphinique.

M. le Dr LEBEAUPIN a fait de nombreuses recherches sur l'action de la cure alcaline de Vichy dans les cas de morphinomanie et d'intoxication par l'opium. On sait que nous sommes redevables au médecin anglais *Jennings* d'une méthode de démorphinisation fondée sur une base véritablement physiologique et donnant les meilleurs résultats avec un minimum de douleurs : c'est la cure alcaline.

Chez tous les malades intoxiqués par l'opium ou la morphine, l'état d'abstinence se traduit par de l'hyperacidité stomacale, par de l'affaiblissement du cœur, par de l'irritabilité nerveuse.

L'hyperacidité de l'estomac est un fait qui a été constaté depuis longtemps. Pour combattre cette acidité, l'emploi des alcalins est tout indiqué, et en particulier l'emploi du bicarbonate de soude.

La meilleure manière de donner ce sel consiste à prescrire l'eau de Vichy, ainsi que le conseille Jennings.

« En présence des conditions exceptionnelles dans lesquelles se rencontrent, à Vichy, les moyens thérapeutiques employés dans le traitement de Jennings, on peut s'étonner que les auteurs qui se sont occupés de la question n'aient point poussé plus loin leurs recherches et insisté sur les avantages que trouveraient fumeurs et morphinomanes à venir chercher dans cette station thermale une guérison qu'ils pourraient ainsi obtenir sans se condamner à d'atroces souffrances, aux ennuis, ainsi qu'aux inconvénients de l'internement dans une maison de santé.

« Nous savons que l'hyperacidité stomacale constitue une des principales manifestations du besoin. Les eaux de Vichy paraissent donc tout indiquées. Ce n'est pas ici le lieu de discuter longuement l'action des alcalins : on sait qu'un certain nombre de médecins s'abstiennent d'une manière absolue de combattre l'hyperchlorhydrie par le bicarbonate de soude. La question pourrait se poser peut-être dans le traitement d'une hyperchlorhydrie constituée, mais dans le cas de l'abstinence morphinique, il ne s'agit plus que d'un chimisme particulier, modification passagère bien différente de ce qui se passe chez le dyspeptique hyperchlorhydrique. Si, dans ce dernier cas, le bicarbonate de soude agit peu, ou même dans un sens tout à fait contraire à celui auquel on devait s'attendre, il nous a toujours paru que dans l'hyperacidité transitoire provenant de l'état de besoin, le bicarbonate de soude produisait les meilleurs effets. Cet alcalin permet non seulement de lutter avec avantage contre l'hyperacidité, mais encore il diminue la stase gastrique et est

un puissant sédatif contre la douleur, qui ne manque jamais en pareil cas. Le gaz acide carbonique qu'il dégage, est un anesthésique puissant et, de plus, il détermine des mouvements de l'estomac qui ont pour effet de vaincre le spasme pylorique et de permettre ainsi au contenu de l'organe de passer dans l'intestin avec une rapidité plus grande.

« Le meilleur moyen de calmer l'irritabilité nerveuse consiste dans l'usage du bain turc. Nous n'insisterons pas sur les avantages que procurent pour le traitement hydrothérapique les ressources d'un établissement thermal possédant un matériel perfectionné, un personnel expérimenté de doucheurs et de masseurs. Seules, quelques rares maisons de santé confortablement aménagées peuvent rivaliser de perfection avec les installations qu'on trouve à peu près généralement dans toutes nos stations hydrominérales françaises. Le bain turc, les bains chauds, la douche froide ou chaude, les massages de toutes sortes, sont à la disposition des malades et le médecin en peut surveiller lui-même l'administration et les effets.

« Quant aux toniques du cœur : spartéine, digitale, on les emploie suivant les besoins du moment à doses variables suivant les sujets. Il ne peut y avoir de règle fixe dans un traitement qui diffère de tout au tout suivant le degré d'intoxication, la force de résistance du malade, l'état des organes, etc.

« Les injections rectales seront faites comme l'indique Jennings en remplaçant, chez le morphinomane, une dose sous-cutanée par une dose double intrarectale. Du jour où les injections sous-cutanées sont complètement suspendues, on diminue peu à peu les injections rectales jusqu'à cessation complète. Chez le fumeur on usera d'une pratique à peu près semblable, mais ce n'est guère que par le tâtonnement qu'on peut se rendre compte de la dose à employer.

« Les eaux alcalines prises à la source, une hydrothérapie bien dirigée, ne sont pas les seuls avantages qu'offre Vichy pour la cure ; il en est encore d'autres qui ne méritent pas une moindre considération. »

Le principal, c'est la liberté, l'absence d'internement dans une maison de santé. Le second, c'est le prix moins élevé de la cure à Vichy que dans une maison spéciale.

« Jennings et beaucoup d'autres auteurs ont insisté sur la nécessité qu'il y avait de distraire les malades pendant le temps de leur sevrage. Les spectacles, les concerts et les distractions diverses des villes d'eaux peuvent apporter un certain appoint aux chances du succès. Toutefois, il faut éviter soigneusement les excès de toutes sortes, ceux de la table en particulier. Les promenades à pied, en voiture, les jeux de plein air sont particulièrement indiqués, mais il faut fuir avec soin le surmenage, surtout dans un moment où l'organisme est si peu résistant. »

Traitement des métrites chroniques.

Le traitement des métrites chroniques doit être local et général. En effet, pour obtenir des guérisons qui soient durables et définitives, ce n'est point seulement l'utérus qu'il faut atteindre et modifier, c'est sur tout l'organisme qu'il convient d'agir : outre que les phénomènes douloureux et les troubles morbides ont plus ou moins détérioré ses fonctions, sa résistance se trouve considérablement amoindrie, en raison de la suppuration incessante et des hémorragies, dont il a fait les frais.

Le traitement général devra donc comprendre toutes les conditions et précautions d'hygiène, le régime (suralimentation), les médications reconstituantes (phosphates, arsenicaux, ferrugineux), enfin la cure aux eaux thermales sulfureuses sédatives ou chlorurées sodiques.

Le traitement local, auquel revient néanmoins le rôle capital, peut varier dans ses modalités comme dans ses applications, mais il est une règle de conduite qu'ont aujourd'hui adoptée la plupart des praticiens : c'est de lutter tout d'abord contre la congestion de l'organe, de faire transsuder tout le liquide dont sont gorgés ses tissus, puis, cette « saignée blanche » une fois obtenue, de modifier la muqueuse utérine à l'aide d'applications toniques, en complétant au besoin leur action par une dilatation préalable du col et un nettoyage complet de la cavité.

Ici, ce sont les antiseptiques qui entrent en scène, et leur nombre est si considérable que le praticien n'a que l'embarras du choix. Mais cette richesse n'est qu'apparente si l'on songe qu'ils sont souvent toxiques ou caustiques et qu'en conséquence leur emploi présente des inconvénients multiples, voire même de très sérieux dangers. D'autres produits, bien qu'efficaces, ont contre eux le désavantage d'être d'un maniement difficile, de salir le linge, de présenter une odeur désagréable.

Aussi ne saurions-nous trop recommander l'emploi du gomenol comme antiseptique gynécologique. Essence végétale pure, chimiquement définie, et, par cela même de beaucoup supérieure à tous les produits de synthèse, le gomenol est doué d'un pouvoir bactéricide extrêmement puissant : si l'on se base sur la classification de Miquel, il prend place entre le sublimé et l'acide phénique, avant la créosote, le gaïacol, le menthol. Désodorisant de premier ordre, il est absolument dépourvu de toxicité et de causticité, si bien qu'on peut l'employer à très hautes doses sans la moindre crainte.

L'odeur balsamique qui lui est propre est généralement considérée comme fraîche et agréable. Enfin, propriété éminemment précieuse, il est doué d'un pouvoir analgésique très marqué qui, tant pour les lavages que pour les pansements, sera utilisé avec grand profit.

Pour mener à bien la guérison d'une métrite, on pourra utiliser le gomenol de plusieurs façons : en solution aqueuse à 2 p. 1000, en solution glycérinée à 2 1/2 p. 1000, en solution huileuse à 50 p. 100, enfin sous la forme d'ovules.

La meilleure technique est la suivante :

Au début, et dans les cas légers, on fera procéder matin et soir à des irrigations vaginales d'eau gomenolée chaude à 45°. Elles devront être faites dans la position horizontale, le siège élevé sur un bassin plat ; elles seront prolongées pendant dix à quinze minutes et pourront être suivies d'un grand lavement rectal à 36° au moins.

Au bout d'une semaine, on ajoutera à ce traitement l'application sur le col utérin de tampons de ouate imbibés de glycérine gomenolée ou d'ovules à la glycérine gomenolée que la malade peut introduire elle-même dans le vagin.

Sitôt que l'écoulement muco-purulent aura notablement diminué, les tamponnements seront faits avec l'huile gomenolée à 50 p. 100. Son efficacité assurera promptement les plus heureux résultats. Au surplus, un nettoyage complet de la cavité utérine pourra être pratiqué, dans les cas rebelles, avec l'eau gomenolée.

En somme, l'action toute spéciale du gomenol est de révulser et de décongestionner les tissus, de faire tarir les écoulements sanguins et leucorrhéiques, de calmer les symptômes douloureux, d'amener la résorption des produits inflammatoires, enfin de régénérer la muqueuse. Par cela même, c'est un agent fort précieux de la thérapeutique gynécologique, dont l'emploi s'impose dans toutes les manifestations morbides de la vie génitale de la femme.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital des Enfants-Malades

Les mammites dans l'enfance (nouveau-nés et puberté).

Par le Dr Broca.

Nous venons de voir à la consultation un garçon de 18 jours, qui nous était amené pour une tuméfaction de la région mammaire gauche. Cette tuméfaction, recouverte de téguments rouges, prenant une teinte violacée au niveau du mamelon était manifestement de nature inflammatoire. Une saillie fluctuante, de coloration jaune à sa partie supéro-externe, révélait en ce point la présence de pus. Il s'agissait donc d'un abcès, abcès ayant évolué en 5 ou 6 jours, donc d'un abcès chaud.

L'hypothèse d'adéno-phlegmon ne pouvait être envisagée. L'absence de ganglions à ce niveau, et quand bien même, l'adhérence à la peau, la mobilité sur les plans profonds, permettaient de localiser le processus dans les plans sus-aponévrotiques, alors que les ganglions sont sous-jacents aux aponévroses.

Restait la glande mammaire : c'était elle qu'il fallait incriminer, il s'agissait de mammite suppurée.

L'étiologie de ces inflammations glandulaires, si l'on fait abstraction des très rares inoculations directes par traumatisme septique, présente un certain intérêt. A tous les âges, on peut dire qu'on les observe toujours en relation avec les périodes d'activité glandulaire. C'est ainsi que chez l'adulte elles sont à peu près exclusivement réservées au sexe féminin et liées aux actes de la vie génitale, presque toujours à la lactation. On peut discuter sur la manière dont vient à suppurer une mamelle atteinte d'engorgement laiteux. Le fait est que cet abcès, lymphangitique ou non, est presque toujours en rapport avec cet engorgement. Par exception, il peut survenir au cours de la grossesse.

Mais, dites-vous, chez le nouveau-né ? Eh bien ! l'analogie est grande : dans les jours qui suivent la naissance, presque toujours se produit une première poussée de lactation, une véritable montée de lait et cela chez le garçon aussi bien que chez la fille. Le mamelon est un peu turgescent, l'aréole forme une légère saillie rosée, la glande se traduit à la palpation sous la forme d'une petite masse discoïde, grande comme une pièce de 0 fr. 50, mobile sous la peau. Quelques gouttes de liquide blanchâtre suintent par le mamelon. A la faveur de cet engorgement, sous l'influence d'une infection se faisant peut-être par voie canaliculaire ascendante, plus vraisemblablement par voie lymphatique, la glande peut s'enflammer. Simple congestion le plus souvent rapidement résolue chez l'enfant bien tenu : une lame de coton propre, un pansement humide à l'eau bouillie, en évitant les antiseptiques qui ne pourraient qu'excorier cette peau tendre, et tout rentre dans l'ordre : c'est affaire de quelques jours.

La suppuration est l'exception.

Survient-elle, c'est chez un enfant mal soigné, très sale, à la suite de pansements irritants, quand la commère bienfaisante du voisinage n'a pas prescrit l'application de bouse de vache ou d'urine ! Chez notre enfant aucun topique de ce genre ne fut appliqué, mais la saleté naturelle est extrême. Le pronostic est très favorable : après incision, la guérison va être rapide.

Puisque nous sommes sur le sujet des mammites, apprenez que vous pourrez encore en observer vers la puberté, en relation avec la nouvelle poussée congestive que subit la mamelle à ce moment. Pour grande que soit la ressemblance avec la mammite des nouveau-nés, elle n'est cependant pas complète.

Car, ici, apparaît une différence sexuelle, cette poussée étant plus fréquente chez les filles, tout en n'étant pas rare chez le garçon ; chez le nouveau-né, l'indifférence sexuelle est absolue.

Quant à la suppuration, elle y est tout à fait exceptionnelle : nous n'en avons observé qu'un cas dans notre pratique, et chez une fillette remarquablement mal tenue, atteinte de gale, d'impetigo, d'eczéma suintant du mamelon, etc.; Mais, la simple poussée congestive est commune tout se borne à un gonflement léger et les signes physiques sont, aux dimensions près, les mêmes que chez le nouveau-né. Quant aux troubles fonctionnels, à ce degré, ils sont négligeables ; quelques picotements, le léger chatouillement, parfois la sensation pénible que détermine le frottement de la chemise sur le mamelon, disparaissent par l'application d'une mince couche de coton qui les soustrait au contact.

(*Conférence rédigée par* M. Lemarchal, *interne du service.*)

CHIRURGIE PRATIQUE

Opération de Schwartze. Quand et comment il faut la pratiquer ?

Par le Dr J. Tissot,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chambéry.

La trépanation de l'apophyse mastoïde fut exécutée la première fois en 1750 et eut à cette époque une certaine vogue. La mort du médecin danois Berger, médecin du roi de Danemark, auquel on ouvrit l'apophyse mastoïde pour le guérir d'une surdité invétérée, sans suppuration de la caisse et de l'apophyse (1791) jeta un grand discrédit sur cette opération. En 1859, Croeltsch et Follin la réhabilitèrent ; Schwartze la vulgarisa et lui donna son nom. Si autrefois la mortalité opératoire de l'antrotomie était considérable, c'est que ses indications étaient mal connues et sa technique mal réglée. Aujourd'hui elle est devenue de pratique banale et fait partie de la chirurgie d'urgence, que tous doivent être à même de pratiquer. Si des opérations plus compliquées, telles que l'opération de Stacke ou l'évidement pétro-mastoïdien restent dans le domaine de l'auriste ou du chirurgien exercé, tout praticien doit savoir faire un Schwartze au même titre qu'une kélotomie.

Les otites moyennes aiguës suppurées, et leurs compagnes, les mastoïdites aiguës, ont augmenté de fréquence d'une façon notable depuis une vingtaine d'années. Les maladies infectieuses, la grippe surtout, les angines de toute variété, sont les grands coupables et la meilleure prophylaxie réside dans l'antisepsie de la bouche, des fosses nasales et du naso-pharynx, chez tout malade atteint d'une maladie infectieuse à localisation bucco-pharyngée.

Les cellules mastoïdiennes et l'antre communiquant largement avec la caisse (*aditus ad antrum*, canal pétro-mastoïdien), la muqueuse de la caisse se continuant dans les cavités mastoïdiennes, il est évident que, dans toute suppuration de l'oreille moyenne, elles contiennent du pus. Cela ne veut pas dire que dans toute otite moyenne suppurée il faille ouvrir la mastoïde. La distinction que Lermoyez établit entre l'empyème mastoïdien, où les cellules mastoïdiennes, par suite de leur déclivité, font l'office de simple réservoir, et la mastoïdite aiguë, où il y a ostéo-myelite mastoïdienne, est des plus justes.

Lorsque la mastoïde est atteinte d'ostéo-myélite, le pus qu'elle renferme tend à se frayer une voie vers l'extérieur soit par la suture pétro-squameuse dans le premier âge, soit par les vaisseaux qui font communiquer l'antre et la corticale, soit par effraction des parois osseuses qui l'enserrent en dedans et en dehors.

Pour s'extérioriser, le pus suit diverses routes commandées par la structure de l'apophyse et dont certaines sont des plus dangereuses : 1° il perfore la paroi externe de l'antre, puis se répand sous les téguments de la région temporale, traverse la peau et s'épanche au dehors. C'est de cette façon que se créent les fistules mastoïdiennes.

2° Chez les adultes et les vieillards, car il faut pour cela que l'apophyse soit creusée de multiples cellules, ce qui n'a pas lieu chez l'enfant, le pus fuse vers la pointe au niveau de la fossette d'insertion du digastrique, suit le sterno-mastoïdien et la gaine des gros vaisseaux du cou, où il peut même pénétrer ; ou bien passe derrière le sterno-mastoïdien et gagne les masses musculaires de la nuque. Schwartze a même vu dans un cas l'abcès par congestion descendre jusqu'à la plèvre pariétale. On a alors la forme de mastoïdite à laquelle Bezold a attaché son nom et dont j'ai publié le quatrième cas connu en France. (*Dauphiné médical*, mai 1896 et *Arch. internationale de laryngologie* 1896.)

3° Il peut traverser le massif osseux du facial, envahir les cellules limitrophes et se faire jour du côté du conduit auditif externe.

4° Il peut rompre le toit de l'attique et de l'antre et envahir la cavité cranienne.

5° Enfin il peut trouer la face postéro-interne de l'apophyse du côté de la fossette sigmoïde et envahir le sinus latéral.

Il faut à tout prix empêcher le pus de suivre ces deux dernières routes, qui sont des plus périlleuses.

Quelques exceptions à part, la mastoïdite aiguë est consécutive à une otite moyenne, et il faut toujours rechercher l'existence ou les vestiges de cette otite ; éliminer les affections du conduit auditif externe, la furonculose, l'adéno-phlegmon rétro-auriculaire et l'abcès sous-périosté mastoïdien ; deux affections qui ont fait la réputation de l'incision de Wilde.

Les fistules cutanées de la région mastoïdienne, dont la guérison spontanée est exceptionnelle ; une fistule partant du conduit auditif pour se rendre dans la mastoïde ; le refoulement du pavillon en bas et en avant ; la fluctuation dans le sillon rétro-auriculaire, le gonflement et la fluctuation le long de la gaine du sterno-mastoïdien avec reflux du pus par le conduit, lorsqu'on presse sur la tuméfaction cervicale (forme de Bezold) ; l'abaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit, qui signifie que le pus mastoïdien, après avoir franchi les cellules limitrophes s'extériorise du côté du conduit auditif ; la douleur spontanée et tenace ; la douleur provoquée et persistante soit à la base, soit en arrière de la mastoïde ; (celle de la pointe, qui est constante dans l'otite aigüe, n'a aucune valeur pour le diagnostic de l'ostéo-myélite mastoïdienne) ; l'œdème de la peau et l'écartement du pavillon ; l'augmentation de volume de l'apophyse, appréciée par comparaison, sont les principaux signes, qui, en général groupés, décèlent l'existence d'une mastoïdite et fournissent l'indication opératoire.

Les cas les plus embarrassants sont ceux où l'otite moyenne paraît guérie et où il reste quand même une mastoïdite ; ceux dans lesquels, suivant la pittoresque expression de Lermoyez « l'infection lèche la caisse et mord la mastoïde. » J'en ai observé deux cas où, avec un tympan sain, existaient des signes caractérisés de mastoïdite : douleurs hémi-faciales avec paroxysmes, douleurs provoquées à la base et surtout en arrière de l'apophyse, augmentation de volume. L'ouverture de l'antre, que je trouvais plein de pus, fit cesser tous ces symptômes.

L'existence clinique d'une mastoïdite suppurée nécessite-t elle toujours l'intervention ? Politzer est d'avis « qu'en l'absence de symptômes menaçants, l'opération n'est indiquée que si les moyens thérapeutiques médicaux : application du froid, de la glace, ou bien l'incision de Wilde, sont res-

tés sans résultats, après avoir été employés pendant plusieurs jours ». L'incision de Wilde a fait son temps, elle ne peut que donner une sécurité trompeuse et ne doit être employée que dans des cas exceptionnels.

1° Lorsqu'au cours d'une otite moyenne aiguë suppurée, en général dans la troisième semaine, on constate les signes d'une mastoïdite aiguë, qu'après avoir incisé le tympan et assuré l'écoulement du pus, ces signes persistent; 2° lorsqu'après une otite moyenne aiguë, la caisse étant guérie, il persiste des douleurs, du gonflement de la mastoïde, une douleur provoquée en arrière de la mastoïde; 3° lorsqu'on ne constate ni otite moyenne (celle-ci ayant pu se borner à quelques douleurs fugaces et passer inaperçue), ni gonflement mastoïdien, ni rougeur, ni œdème de la peau dans la région rétro-auriculaire, si, malgré l'absence de ces symptômes, il existe de l'hémicranie à maximum mastoïdien, une douleur provoquée, nette à la pression en arrière de la mastoïde, dans ces trois cas il faut intervenir.

L'indication opératoire posée, comment faut-il l'exécuter? On sait que les écueils à éviter sont : le facial en avant et plus profondément le canal semi-circulaire horizontal; le sinus latéral en arrière et la fosse cérébrale moyenne en haut. Le lieu d'élection de l'antrotomie se trouve situé au-dessous de la ligne temporale, ou sur une ligne horizontale passant par l'épine de Henle (spina supra meatum); à un demi-centimètre en arrière du rebord du conduit auditif osseux, qu'il faut toujours voir et sentir. A l'aide de ces points de repère, il est facile de tailler à la gouge un carré d'un centimètre de côté. C'est ce que l'on a appelé le carré d'attaque.

L'incision cutanée qui me paraît la meilleure est l'incision en équerre, dont la branche verticale part de la pointe de l'apophyse, suit le sillon rétro-auriculaire et s'arrête un peu au-dessus du bord supérieur du conduit. De la partie supérieure de cette incision et perpendiculairement part une seconde incision horizontale ou un peu oblique, suivant à peu près la direction présumée de la ligne temporale. Cette seconde incision une fois l'opération terminée, est réunie par deux crins de Florence, tandis que l'autre reste béante.

L'incision faite d'un coup jusqu'à l'os, une pince de Kocher est placée à l'angle supérieur de l'équerre. Si l'auriculaire postérieure a été sectionnée, elle est pincée. Avec la gouge on rugine la face antérieure de l'apophyse, et au fur et à mesure que l'on avance, la pince de Kocher entraîne par son propre poids le petit lambeau cutané, remplissant ainsi l'office d'écarteur.

Gouges, burins, curette et marteau de Politzer sont les instruments dont on se sert généralement. Les hypothétiques dangers de la commotion cérébrale amenés par la percussion du crâne font que quelques opérateurs sont encore fidèles au trépan et à la fraise. Le pavillon de l'oreille récliné en avant, on taille au burin un carré d'un centimètre de côté en s'aidant des points de repère cités plus haut. Lorsque le premier copeau osseux a été enlevé sur la corticale, on se dirige obliquement en avant, car en continuant perpendiculairement on tomberait en arrière dans le sinus latéral. On creuse ainsi à petits coups, en employant des gouges plus petites qu'au début, une cavité en entonnoir jusqu'à ce qu'on soit arrivé dans l'antre, que l'on trouve à une profondeur variant d'un demi-centimètre à un et demi et même deux centimètres. On a la certitude d'être dans l'antre, lorsqu'avec un stylet coudé ou bien encore le protecteur de Stacke, on peut pénétrer dans le canal pétro-mastoïdien.

L'antre ouvert, il faut l'explorer, le nettoyer, enlever les fongosités, le pus, puis successivement ouvrir toutes les cellules mastoïdiennes, enlever les séquestres, s'il y en a. Aucune règle fixe ne peut être donnée à cet égard, si ce n'est qu'il faut procéder avec une prudence extrême et voir ce que l'on fait. Au cours de ce curetage, il est souvent nécessaire de tamponner la cavité avec de la gaze stérilisée pour l'assécher et permettre de bien voir.

L'antre et les cellules mastoïdiennes ouvertes, il faut tamponner serré toute la cavité osseuse avec de la gaze iodoformée et laisser ce premier pansement en place 48 heures.

Je refais le pansement tous les deux jours de la façon suivante : 1° irrigation avec deux litres d'eau bouillie salée; 2° lavage de la cavité osseuse et du conduit auditif avec de l'eau oxygénée à 12 volumes; 3° tamponnement avec une lanière de gaze iodoformée ou stérilisée. Un mois est nécessaire pour guérir une apophyse trépanée. La cicatrice consécutive est peu apparente, cachée par le pavillon de l'oreille. Quelquefois, la peau se déprime et s'enfonce au niveau de l'antre, laissant une petite cavité.

Telle est l'opération de Schwartze ou antrotomie, opération bien réglée et facile à exécuter. Elle donne d'excellents résultats dans la majorité des cas de mastoïdite aiguë, environ neuf fois sur dix. Lorsqu'elle est inefficace, elle permet d'attendre et constitue le premier pas fait en vue d'une intervention plus sérieuse; opération de Stacke (section de la partie postéro-supérieure du conduit, ablation du marteau et de l'enclume), au cas de suppuration de l'attique; ou bien évidement pétro mastoïdien dans les suppurations chroniques.

Quand on a affaire à une mastoïdite de Bezold, il faut ouvrir en bas l'apophyse jusqu'à sa pointe, ouvrir et drainer le foyer cervical. Opérée de bonne heure, cette forme guérit aussi rapidement que la mastoïdite vulgaire.

Dans les cas assez nombreux où j'ai eu à pratiquer l'opération de Schwartze, il m'est arrivé très souvent de trouver l'antre plein de pus. Le succès est alors rapide et le soulagement pour ainsi dire instantané. Le pus sourd quelquefois au premier coup de maillet. D'autres fois, je n'ai trouvé que des fongosités et enfin deux fois, avec la symptomatologie bien nette de l'ostéo-myélite mastoïdienne, l'antre était vide. J'ai eu à opérer trois mastoïdites de Bezold; le premier malade, opéré au début d'une méningite, mourut avec une suppuration de la fosse cérébrale moyenne; les deux autres guérirent très rapidement malgré de grosses collections cervicales.

Dans un cas, j'ouvris la mastoïde gauche chez un homme de 44 ans, atteint d'otite depuis un mois. Je trouvai une collection temporale sous-périostée, une fistule mastoïdienne aboutissant à la partie postérieure du conduit auditif et un antre fongueux, mais vide de pus. Ce malade, qui était en très bonne voie, sortit de l'hôpital six jours après et rentra chez lui, où il se remit à faire des excès de boisson. Il rentra à l'hôpital dix jours après, avec des signes de méningo-encépha-

lite (fièvre, stupeur, douleur violente de la nuque et raideur, signe de Kernig) et mourut quatre jours après. A l'autopsie, je trouvai une méningite suppurée ayant envahi toute la convexité du cerveau et laissant intacte la fosse cérébrale moyenne gauche. L'absence de signes de localisation m'avait empêché d'ouvrir le crâne dans ce cas, et l'autopsie justifia ma conduite, car la chirurgie est impuissante dans les méningites suraiguës quelles que soient leurs causes.

THALASSOTHÉRAPIE

La cure marine.

II. L'eau de mer.

Composition. — Il semble bien inutile d'entrer dans de longs détails sur les propriétés physiques et chimiques de l'eau de mer. On sait que c'est une eau chlorurée sodique forte, dont la composition chimique varie un peu selon les mers et même selon les chimistes. Toutefois, on est d'accord pour admettre comme à peu près exacte l'analyse de Wurtz qu'on trouve dans tous les dictionnaires et, comme étant la plus complète, celle de F. Garrigou (de Toulouse) qui, en plus de dix ou douze sels mentionnés par Wurtz, énumère une douzaine d'autre métaux et métalloïdes dont il a décelé la présence. Parmi ces métaux et métalloïdes, les uns sont rares, tels le lithium, le césium, le rubidium, la titane, le baryum, le cobalt ; les autres, physiologiquement précieux, tels le fer, le manganèse et l'arsenic dont l'existence dans d'eau de mer a été confirmée par A. Gautier. Garrigou a trouvé, de plus, de l'acide carbonique, de l'acide sulfurique, du fluor, de l'ammonium, de la silice et du phosphore. Enfin, à côté de ces corps si nombreux et si variés, le même auteur a constaté la présence de matières organiques diverses, grasses, basiques, acides, colloïdales, c'est l'une — ou plusieurs — d'entre elles qui est connue sous le nom de *mucosine* (mucus ou mucosité de la mer) : elle est douce, onctueuse au toucher et subit rapidement la putréfaction quand l'eau de mer est embouteillée et transportée sans précaution après son captage.

Densité — La densité va en augmentant du pôle à l'équateur. Elle est de 1025 dans la Manche ; de 1028 dans l'Océan, et de 1032 dans la Méditerranée. Plus la densité est élevée moins prompt est l'échauffement des parties de ce liquide en contact avec le corps. Il en résulte que les baigneurs à la mer supportent le froid plus longtemps que ceux qui se baignent dans l'eau douce à une égale température et que la réaction est plus forte et plus rapide chez les premiers.

Mouvement. — L'eau de la mer n'est jamais à l'état d'immobilité absolue. Elle est traversée de courants qui la sillonnent en tous sens et le flux et le reflux l'agitent presque sans cesse. Même quand elle paraît calme, la mer est animée d'un mouvement incessant qui est surtout appréciable lorsqu'il y a de la vague ou de la houle. Ce mouvement exerce sur le corps des baigneurs, davantage quand ils savent nager, une action qui se rapproche de celle du massage. Lorsque la vague déferle, l'action stimulante du bain frais se trouve accrue par la sorte de douche que produit le choc continu de la lame. Les vagues de la Manche sont souvent plus fortes que celles de l'Océan et celles de l'Océan l'emportent sur celles de la Méditerranée. La « mer d'huile » convient surtout aux enfants et aux sujets délicats, irritables. Pour que le bain ait toute son action sur les autres il est préférable que l'eau soit un peu agitée. Mais cet état d'agitation plus ou moins grande est variable d'un jour à l'autre : outre qu'il dépend de la hauteur que doit atteindre le flot, il change surtout suivant que le vent est fort ou faible, d'amont ou d'aval, c'est à-dire suivant qu'il seconde ou contrarie la marée.

Température. — On sait, en physique, dit P. Constantin, que plus un liquide est dense, plus il lui faudra de calories pour que sa température s'élève de 0 à 10 degrés ; mais, en revanche, il conserve la chaleur acquise beaucoup plus longtemps. Aussi, en hiver, l'eau de mer est-elle plus chaude que l'air, et, en été plus fraîche ; sa température annuelle est supérieure à celle de l'air.

En été, la température est de 24° dans la Méditerranée ; 23° dans le golfe de Gascogne et 22° dans la Manche. D'autres auteurs donnent des chiffres inférieurs de 2 degrés.

Cette question de la température est si importante qu'il paraît indispensable de rapporter ici les observations suivantes du Dr Van Merris. Extraites de son livre, *La scrofule et les bains de mer*, tout le monde, malades comme simples promeneurs, en apprécieront le côté pratique.

1° La température de l'eau de la mer s'élève et s'abaisse avec la température de l'air du rivage, mais ses oscillations sont beaucoup plus lentes et beaucoup moins étendues. Il en résulte que, si à la suite d'un orage, d'une pluie ou d'une saute de vent, un coup de froid frappe soudain la côte, l'air se refroidit beaucoup plus vite et plus considérablement que l'eau, et la température de celle-ci reste alors supérieure d'un ou de plusieurs degrés. Les baigneurs se rendent bien compte de ce phénomène et sentent que les parties de leurs corps immergées restent dans un milieu plus chaud que celles qui se trouvent au-dessus de l'eau ; et, pour le dire en passant, c'est ce refroidissement par l'air et non par l'eau qui constitue un des inconvénients des bains de mer. De même, si l'on n'y prend garde, par les chaudes journées d'été, quand l'air de la plage monte à des degrés exceptionnels, il est rare que la température de la mer dépasse de beaucoup sa moyenne habituelle. C'est pour la même raison que les variations diverses y sont bien moins appréciables que sur terre. De même que l'eau se réchauffe moins pendant le jour, de même elle se refroidit moins pendant la nuit. Lorsque les baigneurs se figurent que l'eau est plus chaude le soir ou le matin de bonne heure qu'en plein jour, ils font doublement erreur. L'eau et l'air se sont refroidis simultanément, mais l'eau moins que l'air. Leurs températures tendent ainsi à s'équilibrer et c'est le froid réel de l'air qui fait croire à la chaleur apparente de l'eau.

2° C'est donc une erreur de croire que la température de la mer est toujours inférieure à celle de l'air. La vérité est que, dans les températures moyennes de la saison des bains, aux alentours de 20 degrés, celle de l'eau est généralement un peu au-dessous de celle de l'air de 1 à 3 degrés. Ces résultats varient, d'ailleurs, avec les stations. Il va de soi qu'ils ne sont pas les mêmes à Alger,

à Venise et à Nice qu'à Berck, Dunkerque ou Ostende Le fait général à retenir, c'est que la température de l'eau de mer est sinon constante, au moins peu variable en chaque point. Le plus souvent elle est un peu inférieure à celle de l'air, c'est ce qu'il faut pour prendre un bon bain au début de la saison. Plus tard, quand le baigneur est plus acclimaté, il supporte des différences plus considérables, surtout quand la lame fouette la peau avec force et facilite ainsi une rapide réaction.

L'eau de mer s'emploie en bains froids ou chauds, en boisson ou en injections hypodermiques. Dans un prochain article nous étudierons ces diverses applications, mais principalement la première.

Dr L. Viaud.

DIÉTÉTIQUE

Le régime Combe,

Ce n'est plus du Nord, mais de Lausanne que nous vient la lumière. Son université est célèbre et ses professeurs illustrent la médecine et la chirurgie.

De tous les points du globe, les ventres déséquilibrés roulent vers le lac Léman. Les hôtels regorgent de malades ; des pensions s'élèvent, des cliniques nouvelles se fondent, les clients accourent, affluent, se précipitent, attirés par la douceur du climat, la beauté du site, la science habile et le savoir-faire scientifique de ses médecins. Aussi la prospérité de la ville grandit et prend un essor considérable.

Il n'y a pas à le nier, le fait est incontestable ; les ptosiques et les *vieux colons*, c'est-à-dire les colons malades, instruits par la presse, par les amis, et aussi par les malades guéris, échappent de plus en plus aux maîtres spécialistes de Paris et d'autres capitales, pour suivre la vogue.

Pourquoi ne dirait-on pas que cette vogue est de bon aloi, qu'elle est justifiée, et n'en rechercherait-on pas les causes ?

Le docteur Helme, dans la *Revue moderne de médecine et de chirurgie* d'avril 1906, parle avec son élégance habituelle de la méthode du professeur Combe, sur laquelle nous voudrions ajouter un mot.

Nous avons vu le Dr Combe, visité l'établissement de Bois-Cerf, examiné les menus des hôtels où il soigne les malades, et écouté les louanges chantées du matin au soir.

Comment procède-t-il ? Par la mise en œuvre de toutes les ressources scientifiques modernes, appliquées, selon la nature du mal, d'une façon pratique et helvétique.

Les entéro-colites et les ptoses qui se livrent à lui sont examinées tout d'abord avec soin et, selon le malade, l'hétéro-suggestion entre en jeu. Le nerveux ne l'est plus. On lui a depuis si longtemps dit qu'il l'était que cela lui fait plaisir de changer enfin de tempérament. Le malade souffre, mais il se trompe — ou c'est tant mieux. Le chimisme stomacal français et la coprologie allemande sont utilisés ; les urines, les fèces et autres excrétions, s'il y a lieu, sont examinées au laboratoire, analysées, et le résultat, avec dessins, communiqué à l'intéressé. Puis, pour être regardées à chaque visite tous les deux jours, les urines et les matières sont recueillies dans le vase Combe, loué à la semaine, bocal en verre avec un couvercle, renfermé dans un vase en porcelaine couvert également, et le tout enveloppé d'une gaine de toile jaune avec courroies qui le feraient prendre pour un carton à chapeau.

L'analyse a fait découvrir un *proteus* ou un autre bacille.

Le régime est alors institué selon les mœurs et les conditions d'existence de ce proteus qu'il s'agit de détruire selon les données fournies par l'étude si complexe, si difficile, de l'assimilation si variable du sujet.

Le malade mange à heure fixe et son menu pendant la première période de traitement est le suivant.

Tout d'abord réveil à sept heures.

A sept heures et demie (1er repas) douze cuillerées à bouche de potage épais, une *colle*, dans laquelle la cuiller tient debout.

Lever à 10 heures et à ce moment dix cuillerées à soupe de cacao à l'avoine (2e repas).

A midi (3e repas), six cuillerées à soupe bombées de nouilles, nouillettes ou macaroni, cuits à l'eau, beurrés ensuite (jamais de beurre cuisiné) avec deux ou trois swiebaks ou longuets beurrés. Ces pains grillés sont le seul pain autorisé, un peu de viande très cuite, sur le gril. Pas de jus, pas de sauces, pas de graisse. Pudding au riz. Après ce troisième repas, sieste de une à deux heures, couché sur le côté droit, et sans dormir.

Vers quatre heures (4e repas) bouillie à la farine d'avoine, ou autre farine alimentaire, pâtes sans œufs ou avec le jaune seulement. Jamais de blanc d'œuf dans aucun aliment — cacao à l'avoine, dix cuillerées à soupe, sieste d'une demi-heure sans dormir, toujours couché sur le côté droit.

A sept heures du soir (5e repas) mêmes aliments qu'à midi, sieste d'une demi-heure sans dormir.

Aucune boisson aux repas. La seule boisson permise est une infusion de camomille chaude vers dix heures du soir, en se couchant.

La nature de la bouillie varie. Le lait est supprimé, mais pourtant permis à celui-ci, le lait bulgare à celui-là, le kéfir à un autre.

Certains ont une balance et pèsent leurs aliments.

S'il y a lieu, lavement d'huile avec une seringue *spéciale* contenant environ 50 grammes ; pas de purgatifs. Ceinture *spéciale*, genre Glénard, mais moins large et appliquée aussi bas que possible. Produits culinaires provenant de fabriques *spéciales* et vendus chez des épiciers *spéciaux*.

Suralimentation persuasive et méthodique, repos et suggestion, tels sont à peu près les facteurs du régime de la première période.

Il faut ajouter que chaque malade est muni d'un carnet, spécial aussi, où il note chaque jour, au recto, ses impressions de toutes sortes : stomacales, douloureuses, nerveuses, morales, etc. Le poids est noté tous les huit jours ainsi que la mine, les forces, le sommeil, les siestes, les renvois, les gaz, les acidités, les ballonnements, les sorties, les questions.

Au verso, repas.

Le malade occupé du matin au soir, attend souvent pendant toute la journée, quelquefois même pendant une partie de la nuit, la visite du médecin qui se fait tous les deux jours.

Voir ces malades trop souvent et pendant longtemps est, pour tout médecin, un problème impossible à résoudre. Aussi pour ne point perdre son prestige d'abord, et aussi pour arriver à faire suivre le traitement à longue échéance qui seul peut donner des résultats, le Dr Combe ne garde ses malades que quinze jours, pour les étudier, puis leur tracer un régime adéquat à leur état intestinal et nerveux, et les invite à rentrer chez eux. « Je n'ai plus besoin de vous voir pour vous soigner. Vous reviendrez dans six mois et dans l'intervalle vous me donnerez de vos nouvelles tous les quinze jours. » C'est la continuation du carnet de santé ou de correspondance. Après six mois, le régime est corrigé, mitigé, moins sévère, et après dix huit mois de traitement progressif, les malades doivent être guéris — et le sont effectivement. Quelques-uns ne pouvant se passer de la direction du maître et ne pouvant chez eux préparer les aliments aussi bien qu'à l hôtel, restent de longs mois à Lausanne.

Il faut avoir vu les *colles* et les énormes plats de nouilles avalés par les malades pour se faire une idée du régime.

L'absence de boissons, surtout en été, est très pénible.

C'est à se demander si, pour les malades, le régime ou le remède n'est pas pire que le mal ; il faut certainement un vrai courage pour persévérer dans le traitement. Bien rares pourtant sont ceux qui le cessent dès le début, car ce diable d'homme sait prendre possession de son malade, le maîtriser et le convaincre.

Lui-même — impénétrable et c'est sa force — paraît convaincu, l'est certainement. En tous cas, il reste fixe et impeccable — implacable plutôt — dans ses prescriptions.

Ses clients sont obéissants, dociles et doux comme des moutons ; ils pestent d'attendre sa visite au lit pendant de longues heures. et dès qu'il paraît lui sourient aimablement. « Quand j'ai mangé, docteur, j'ai des brûlures ! » — « Ça ne fait rien, ne laissez pas une seule cuillerée de votre *colle*. » — Aujourd hui, j'ai beaucoup souffert de l'intestin, docteur, mon ventre gonfle. » « Tant mieux ! vous aurez des alternatives de mieux et de pis pendant longtemps, mais ça ne peut être autrement et la guérison n'est qu'au bout ; c'est bon signe ! »

Et le malade séduit, suggestionné, enveloppé, j'allais dire envoûté, respire à l'aise, oublie son mal, s'abandonne et devient la chose, la proie du médecin. un fanatique du régime, et, comme tous les fanatiques, il fera des prosélytes.

Quoi qu'on en pense, nous trouvons cela très beau.

Est-ce à dire que tous persévèrent assez pour guérir et que tous guérissent en réalité ? Nous l'avons déjà dit, ils *guérissent*, et il faut bien le croire puisque la vogue se poursuit grandissante et qu'après dix-huit mois ou deux ans de traitement, les malades guéris reviennent de nouveau d'Amérique ou d'Indo-Chine, par reconnaissance pour se faire contrôler, amenant parfois au temple un nouveau malade.

Et, comme les maîtres, les humbles praticiens assistent silencieux, mais n'en pensant pas moins, à cet exode nouveau, songeant peut-être à l'exode d'autrefois, vers Koch ou telle autre célébrité.

Pourtant la différence est grande, car le régime Combe à fait ses preuves.

Est-il applicable, en dehors de Combe, en dehors de Lausanne ? Un spécialiste parisien, par exemple, pourrait-il arriver aux mêmes résultats ?

Assurément, il serait possible d'instituer une méthode aussi rigoureuse. aussi scientifique, aussi habile ; il serait possible d'inspirer la foi qui soulève les montagnes, d'approcher de la *manière*, d'arriver à une organisation similaire à celle de Lausanne qui est certainement un modèle. On pourrait s'entendre avec des hôtels et des établissements qui cuisineraient le régime d'une façon convenable, car tout est là...

Mais ce ne seraient point les plus grandes difficultés à vaincre, si l'essai était tenté.

Le point capital serait d'inspirer confiance aux malades, de leur faire comprendre que le climat est indépendant du régime, que ce régime. dès qu'il a été institué, peut être suivi en tous lieux, que le séjour plus ou moins long près du médecin n'est point indispensable et que l'essentiel est de l'écouter, que les recettes culinaires peuvent être connues ailleurs qu'à l'étranger et que l'exercice de la volonté peut se faire partout.

Il faudrait surtout vaincre l'esprit nouveau qui consiste à aller chercher au loin le remède qu'on a sous la main. vaincre ce snobisme étroit qui ne trouve bon et beau que ce qui vient d'au-delà les monts ou les mers.

Mais l'argument ne se retourne-t-il pas en notre faveur ?....

Après tout, il vaut peut-être mieux laisser les malades libres.

S'ils souffrent parfois — en dehors de leur maladie — de la routine et des préjugés, ne rencontrent-ils pas aussi la guérison là où les médecins n'y songeaient point et dans des conditions les plus inattendues — même à Lourdes.

Somme toute, la meilleure médecine et le meilleur médecin est celle ou celui qui guérit...

20 juin 1906.

Docteur X...

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat général des oculistes français.

Séance du 7 mai 1906.

Un grand nombre d'oculistes, répondant à la convocation adressée par le Dr Cosse, de Tours, se sont réunis dans le grand amphithéâtre du Palais des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente à Paris. Après avoir remercié ses confrères ainsi que tous ceux qui se sont intéressés à la campagne menée par lui depuis le mois de janvier, dans le but de constituer le Syndicat général des Oculistes français, M. Cosse prie l'assemblée de désigner son bureau provisoire.

Sont nommés par acclamation :

Président : M. Motais, d'Angers ;

Assesseur : M. Abadie, de Paris ;

Assesseur : M. Bourgeois, de Reims ;
Secrétaire : M. Cosse, de Tours.

Le Président remercie l'Assemblée de l'honneur qu'elle veut bien lui faire en l'appelant à diriger les débats de la séance.

Il propose, avant toute autre question, de voter, au nom des ophtalmologistes français, des remerciements à M. Cosse, qui, avec une énergie et une persévérance au-dessus de tout éloge, a su mener à bien son projet de Syndicat. M. Cosse, en créant le Syndicat général des oculistes français, aura rendu le plus éminent service à ses collègues de France. Cette proposition est adoptée à l'unanimité et par acclamation.

Le Président donne la parole à M. Cosse qui prononce l'allocution suivante :

Mes chers confrères,

La question qui se pose, et pour la solution de laquelle j'ai cru devoir vous convoquer aujourd'hui, est de décider si oui ou non nous devons nous syndiquer ?

Y a-t-il pour nous actuellement la nécessité, l'obligation de créer le Syndicat des Oculistes français ?

C'est là, Messieurs, le point principal, le seul que nous ayons à examiner en ce moment et je vous serais reconnaissant de ne pas égarer la discussion sur des questions d'ordre secondaire ou d'organisation qui viendront plus utilement à leur temps,

La création d'un syndicat est une résolution des plus importantes et qui ne doit pas être prise à la légère, car songez qu'un syndicat ne saurait exister sans que chacun de ses membres abandonne une parcelle de sa liberté individuelle au profit de l'intérêt général de la corporation.

De cette liberté, nous sommes tous trop jaloux pour la limiter ainsi sans y être poussés par des raisons sérieuses.

Ce sont ces raisons que je vais m'efforcer de vous indiquer. Je me contenterai de les énumérer sans entrer plus avant dans leur exposition, ce qui, à mon avis, ne devra être fait que lorsque le syndicat constitué les aura mises à l'ordre du jour de son programme d'étude.

La tâche que j'entreprends, je le sais, m'est rendue particulièrement facile puisque la plupart d'entre vous semblez être convaincus d'avance, si j'en juge par les nombreuses lettres d'encouragement, voire même de félicitations, que j'ai reçues depuis le mois de janvier et surtout par le nombre considérable de ceux qui ont adhéré au principe de la constitution du syndicat. Jamais, je crois, société ne se sera fondée dans des conditions plus favorables, puisque sur 307 oculistes dont j'ai pu recueillir les noms auprès des diverses sources auxquelles je me suis adressé, 282, par leur acquiescement, ont reconnu que les nécessités actuelles justifiaient l'initiative prise par moi.

Il est vrai de dire que jamais les intérêts de notre professisn n'ont été plus menacés.

La pléthore médicale envahit notre spécialité. De tous côtés de jeunes confrères instruits et capables viennent réclamer leur part au soleil et il n'est plus de villes de quelque importance qui ne comptent aujourd'hui le double d'oculistes qu'elles devraient normalement comporter. Les villes secondaires et même des localités de quelques milliers d'habitants finissent par avoir, elles aussi, leur spécialiste si bien que les rayons de clientèle diminuent chaque jour davantage.

Si je m'adressais à chacun de vous individuellement, je suis certain que tous, vous citeriez votre résidence comme un exemple de ce que je viens de vous dire. Il est donc superflu de vous citer des faits pour vous convaincre. En voulez-vous un cependant ? Il y a 6 ans 1/2, lorsque je me suis installé à Tours, le rayon de clientèle des oculistes de cette ville s'étendait sur la valeur de quatre départements en dehors de l'Indre-et-Loire. Aujourd'hui, par suite de l'arrivée de nouveaux confrères dans les villes voisines, nous devons nous contenter de la clientèle de ce seul département. En 6 ans, la clientèle des oculistes de Tours s'est donc réduite des quatre cinquièmes de ce qu'elle était à mon arrivée !

Mais, direz-vous, le syndicat est impuissant à éviter cet accroissement du nombre des oculistes, car personne n'a le droit d'empêcher de jeunes confrères de chercher à tirer profit du fruit de leurs années de travail et de labeur. Cela est vrai, mais, si au lieu des sentiments de rivalité qui nous séparent et souvent nous entraînent à lutter sans merci les uns contre les autres, par des moyens peu conformes à la dignité médicale tels que, par exemple, l'avilissement des honoraires, nous comprenions que notre intérêt capital est, au contraire, de nous entendre, de nous unir pour conformer notre conduite déontologique à des règles précises et élaborées en commun, je suis certain que nous conjurerions ainsi dans des limites très appréciables les inconvénients de notre trop grand nombre.

Est-il donc si difficile de nous entendre et d'être corrects les uns vis-à-vis des autres ?

Je ne le crois pas, car, toujours pour vous citer l'exemple de ce qui se passe à Tours, je vous dirai qu'avec mes confrères Moissonnier et Thomas, nous avons pu très cordialement nous mettre d'accord chaque fois que le besoin s'en est fait sentir, comme par exemple dans les cas d'accidents du travail et lorsque les Sociétés de Secours Mutuels locales avaient émis la prétention de nous faire consentir à des rabais indignes. Certaines de ces Sociétés nous offraient un franc pas consultation !

Grâce à notre entente nous avons pu lutter et sortir, dans une mesure très honorable, victorieux de la situation. C'est, Messieurs, cette entente que je vous propose d'une manière plus générale aujourd'hui. Grâce à elle, j'en suis convaincu, nous pourrons trouver une solution au problème si complexe de la pléthore médicale.

Or, Messieurs, c'est précisément à ce moment où nous nous plaignons d'être trop nombreux que l'Etat intervient contre nous en nous imposant un tarif dérisoire de nos honoraires chez les accidentés du travail.

Je n'ai pas besoin, je crois, de vous demander à nouveau ce que je me suis efforcé d'établir dans mon premier article, où, avec le concours d'un certain nombre d'entre vous, j'arrive à cette conclusion que le tarif Dubief est véritablement dérisoire par son infériorité, désobligeant pour nous dans sa forme et dangereux même dans nos rapports avec notre clientèle ordinaire.

Admettre ce tarif sans protestation serait faire litière de nos propres intérêts et même de notre dignité. Aussi, devons-nous, par tous les moyens,

nous élever contre cette prétention officielle de nous taxer au rabais.

Pour cela que pouvons-nous ?

Rien si nous sommes isolés. Beaucoup si nous sommes syndiqués.

N'oublions pas, en effet, Messieurs, que le Syndicat est le seul moyen à notre disposition pour pouvoir présenter au Ministre et à la Commission chargée de la révision de ce tarif nos revendications.

C'est là un fait sur lequel je dois insister en vous rappelant que, dans une de ses circulaires, le Ministre des Travaux publics indique clairement que, *seuls, les Syndicats médicaux auront accès près de lui* et que seuls il pourront être utilement consultés.

A ce seul point de vue, par conséquent notre Syndicat s'impose.

Vous ne me ferez pas, je pense, l'objection que j'ai déjà réfutée de me dire que nos Syndicats locaux pourraient se charger de nos intérêts. Ils ont trop affaire en ce qui concerne le plus grand nombre de leurs membres, pour pouvoir s'occuper utilement des quelques rares oculistes qu'ils renferment.

Je ne reviendrai pas non plus sur le rôle que pourraient jouer la Société française d'ophtalmologie et la Société d'ophtalmologie de Paris. Ces sociétés, actuellement, ne peuvent rien pour nous puisqu'elles ne constituent pas des syndicats. Les transformer dans cette intention serait difficile sinon impossible. En tous cas ce serait leur faire perdre leur caractère purement scientique que nous devons avant tout leur conserver sous peine de troubler la bonne harmonie de leurs réunions par des questions discordantes d'intérêt professionnel.

Actuellement donc, nous sommes complètement désarmés en présence du Tarif officiel et seul le Syndicat pourrait nous permettre de nous défendre

Si vous invoquiez la puissance des compagnies d'assurances pour atténuer l'influence que nous pourrions acquérir, je vous répondrai en vous faisant remarquer que notre dissémination, qui a été donnée à tort comme un obstacle à notre union, est précisément ce qui fait notre force en présence de ces compagnies.

Nous pourrons, en effet, toujours leur faire sentir qu'en refusant nos justes prétentions, elles se privent du même coup de notre concours sur toute l'étendue du territoire français. Or, dès aujourd'hui, si vous consultez la liste des adhérents que vous avez entre les mains, vous pouvez constater que dans plus des trois quarts des villes, tous les oculistes ont adhéré au Syndicat. Je n'ai pas besoin de vous en dire davantage pour que vous soyez convaincus de l'extrême embarras dans lequel notre entente peut mettre ces Compagnies.

Examinons maintenant quel rôle le Syndicat pourrait jouer en présence des Sociétés de Secours mutuels.

Je vous rappellerai tout d'abord la lettre qui m'a été adressée par notre confrère Bessonnet, de Poitiers, que j'ai publiée en février.

Ne perdons pas de vue les difficultés de toute sorte que les progrès incessants de la mutualité ont suscitées à nos confrères en médecine générale. Déjà ils nous ont menacés en bien des endroits. Bientôt, tous nous aurons à nous défendre. Soyons donc prévoyants, car n'oubliez pas que les Sociétés de Secours mutuels, comme me l'écrivait Bessonnet : « groupent autour d'elles les riches et les pauvres, qu'elles voudraient nous obliger à des prix réduits les uns comme les autress et que, derrière une facade de générosité, d'abnégation et d'union fraternelle, elles dissimulent l'exploitation d'une corporation entière : la nôtre ».

Remarquez, en effet, que ce n'est pas le petit mutualiste, celui qui vraiment est digne d intérêt, qui s'adresse à nous pour obtenir des réductions importantes d'honoraires. « C'est, au contraire, comme le dit fort justement notre confrère le Dr Noir, le politicien ou le pseudo-philantrope pour qui la mutualité est un marchepied ». Le jour où ils frapperont à notre porte, ils nous trouveront forts de notre union, et notre Syndicat saura nous défendre contre eux.

J'arrive maintenant à une question plus délicate, car elle a suscité de la part de certains confrères des récriminations qui n'avaient qu'à gagner à être faites dans des termes plus courtois.

Je veux parler des conditions défectueuses dans lesquelles actuellement se font les hospitalisations dans les services d'assistance publique.

Dans la plupart des hôpitaux, il suffit de se présenter pour être admis et les chefs de services sont les premiers à se plaindre de ce manque de contrôle qui laisse pénétrer dans leurs salles des malades aisés susceptibles d'honorer leur médecins.

Je crois que, là encore, le Syndicat pourrait être pour nous de la plus grande utilité. Toutefois, je trouve injustifiée la prétention de faire retomber sur les confrères chargés des services d'assistance une responsabilité qui incombe tout entière à notre système administratif. Ce n'est pas en attaquant ces confrères que nous aboutirons à quoi que ce soit, mais ce sera bien plutôt en réclamant leur concours qu'ils nous apporteront d'eux-mêmes, j'en suis convaincu, dans la plus large mesure.

Il me semble, en effet, impossible d'admettre que ceux-ci, après nous avoir enseigné notre art, seraient nos premiers ennemis pour nous empêcher d'en vivre.

Tous nos maîtres sans exception sont venus au Syndicat, tous ont adhéré au principe de sa création, c'est donc que tous entendent conformer leur conduite aux règles d'une parfaite confraternité, car ils n'ignorent pas que, dans un syndicat, il n'y a ni maîtres ni disciples, et que tous les membres sont placés sur le pied de la plus stricte égalité. Aussi je considère qu'il est injuste, sinon déloyal, de les prendre à partie en raison même de leur situation officielle, surtout à un moment où seuls, des sentiments d'union et de concorde devraient se manifester.

Si les services qu'ils dirigent sont mal organisés au point de vue de notre intérêt général, ils le savent aussi bien que nous et je suis convaincu qu'ils seront les premiers à aider le Syndicat à y porter remède. Si le Syndicat arrive ainsi à obtenir une réglementation normale et rationnelle de l'admission dans les hôpitaux, il aura fait plus pour nous que la pléthore médicale ne nous aura nui.

Dans un même ordre d'idées, nous aurons à étudier en commun la question des cliniques et des consultations gratuites. En réclamer la sup-

pression serait absurbe et contraire aux sentiments d'humanité qui doivent nous animer, mais en faisant appel à la bonne volonté de tous, nous pourrons arriver à établir des règles qui en feront disparaître tous les abus et à en écarter les faux indigents.

L'exercice illégal de l'ophtalmologie devra attirer également notre attention.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler les agissements de la bande malfaisante et nuisible pour la santé publique « qui opère sous l'étiquette d'oculistes américains ». Notre confrère Bourgeois nous disait, il y a deux ans, comment il avait pu obtenir contre elle une sanction jndiciaire, par l'intermédiaire d'un syndicat de pharmaciens. Je pense que peut-être le Syndicat des Oculistes serait mieux armé.

Certains opticiens et certains pharmaciens désitaires d'optomètres spéciaux pratiquent jour, journellement l'exercice illégal de la médecine par les choix de verres correcteurs. Non seulement ils nuisent ainsi, dans des proportions notables, aux intérêts directs de notre corporation, mais encore, ils constituent de véritables dangers pour les yeux de nos concitoyens. Le Syndicat devra rechercher les moyens de nous défendre contre ces procédés délictueux.

Je terminerai en vous signalant les services que celui-ci pourrait être appelé à rendre dans les rapports entre confrères, souvent divisés parce qu'ils ne se connaissent pas. Que de malentendus, que de discussions nées le plus souvent de racontars sans fondements, pourraient être aplanis par un arbitrage consciencieux et indépendant.

Nos rapports avec notre clientèle, eux-mêmes, pourraient être fixés, à notre grand avantage par l élaboration d'un tarif minimum de consultations et d'opérations.

Enfin, Messieurs, vous ne nierez pas l'autorité incontestable que pourrait avoir un syndicat toutes les fois qu'il appuiera nos légitimes revendications en présence soit de notre clientèle ordinaire soit des diverses collectivités.

Voilà, Messieurs, rapidement énumérées, les raisons les plus importantes qui m'ont engagé à vous convoquer aujourd'hui pour nous constituer en syndicat. A côté de celles-ci, il en est une infinité d'ordre secondaire qui naissent chaque jour.

Examinons maintenant si les devoirs qu'il nous imposera sont susceptibles de nous faire renoncer aux nombreux avantages qu'il nous offre.

Qu'est ce que nous demandera le Syndicat ?

D'être corrects dans nos relations médicales et confraternelles, de ne pas chercher à nous nuire les uns les autres, de respecter les décisions prises dans l'intérêt général et par suite dans notre intérêt particulier.

Mais, Messieurs, ce sont précisément là les sentiments qui doivent tous les jours guider notre conduite. Il ne nous coûtera donc rien de continuer à nous y conformer.

En somme, cette soi-disant aliénation de notre liberté individuelle, dont je vous parlais au début, n'est donc que purement illusoire et nous serons tout aussi maîtres de nos actes et de notre conduite, tout aussi indépendants, syndiqués qu'isolés.

Je ne vois donc rien qui puisse nous retenir et j'espère que ce sera avec une énorme majorité que le syndicat sortira de la voie du principe, dans laquelle il est resté jusqu'alors, pour entrer dans le domaine du fait accompli.

Songez, Messieurs, au magnifique exemple d'union que nous pouvons donner au corps médical tout entier. Aussi je crois superflu de faire appel à tous vos sentiments de solidarité pour vous gagner à une cause à laquelle pour la plupart vous êtes ralliés depuis longtemps.

Mais que ce ne soit pas à la légère que vous décidiez la fondation du syndicat, mais bien au contraire d'une façon absolue et sans réticence ni arrière-pensée, car ce n'est pas une société amicale dont les membres se réunissent pour jouir réciproquement des sympathies qu'ils s'inspirent que nous devons créer, mais bien au contraire un groupement actif absolument décidé à agir et surtout à aboutir. Si là est votre ferme volonté, je suis convaincu que la société que vous allez constituer ne manquera pas d'être féconde en résultats avantageux pour tous. Certes, elle ne nous ramènera pas à l'âge d'or, mais elle facilitera nos efforts et nous soutiendra dans la lutte de tous les jours.

Je ne veux pas retarder plus longtemps la discussion de ma proposition ; le temps en effet nous est trop parcimonieusement compté pour le gaspiller en paroles inutiles. Aussi je terminerai, Messieurs, en vous lisant le texte de la décision que je soumets à votre vote :

« Les médecins oculistes exerçant en France, réunis à Paris, le 7 mai 1906, à l'hôtel des Sociétés Savantes, décident la fondation d'un syndicat ayant pour objet la défense de leurs intérêts professionnels. »

Le président met aux voix le texte de cette proposition qui, à mains levées, est approuvée sans discussion par l'unanimité des confrères présents.

M. Cosse fait part à l'Assemblée des lettres qu'il a reçues des confrères, dont les noms suivent, qui n'ont pu assister à la réunion mais qui acceptent les décisions qui pourront être prises par la majorité : MM. Millée, Dehenne, Clavelier, Picquenard, Giffo, Mardellis, Bérard, Cuisinier, Boulai, Assicot, Sauvain, Duhamel, Dansan, Roger, Poinot, Sous et Bonnaud.

Il est ensuite passé au vote des statuts.

Ceux-ci sont discutés, puis adoptés article par article ainsi qu'il suit :

Statuts du Syndicat général des Oculistes français

Définition — But

Article Premier. — Sous le bénéfice :

1° De la loi du 21 mars 1884 relative aux Syndicats professionnels ;

2° De la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ;

3° Du chapitre III du Titre III du Code civil, sur l'effet des obligations ;

Il est constitué entre les médecins oculistes exerçant en France, qui auront adhéré aux présents statuts, une Société syndicale dite : *Syndicat général des Oculistes français*

Art. 2.— Son siège est à Paris, Palais des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente. Il pourra être changé dans les conditions légales.

Le nombre de ses membres est illimité.

Art. 3.— Le Syndicat a pour objet :

A) D'assurer la défense des intérêts professionnels de ses membres.

B) De maintenir entre ses membres le culte de la dignité professionnelle et des obligations d'étroite solidarité qu'elle leur impose dans leurs rapports: 1° entre eux ; 2° avec les malades ; 3° avec les collectivités diverses.

C) D'étudier et de préparer, de concert et en collaboration avec les pouvoirs publics ou autorités compétentes, l'application des mesures générales de médecine, d'assistance et de protection de la santé publique pouvant se rapporter à l'exercice de l'ophtalmologie.

D) De poursuivre par tous les moyens légaux l'exécution et le respect des résolutions adoptées par les Assemblées générales de la Société.

Admission.

Art. 4. — Tout médecin muni d'un diplôme donnant le droit d'exercer la profession médicale en France et s'étant spécialisé dans l'exercice de l'ophtalmologie peut être admis dans le Syndicat, à condition :

1° De se faire présenter par deux parrains choisis parmi ses confrères syndiqués ;

2° De déclarer par écrit qu'il a pris connaissance des statuts et des décisions antérieures du Syndicat sur les questions déjà étudiées par celui-ci et qu'il s'y soumet entièrement ;

3° De produire un extrait de son casier judiciaire.

Il sera statué sur sa demande au vote de la majorité des membres présents, après avis donné par le Bureau, à l'Assemblée générale qui suivra immédiatement la présentation de sa candidature.

Droits. — Devoirs. — Sanction. — Démission.

Art. 5. — Les droits du syndiqué consistent dans la jouissance d'une protection aussi étendue que possible contre les préjudices professionnels dont il peut être menacé ou atteint.

Art. 6. — Les obligations ou devoirs se résument dans l'observation de toutes les décisions du Syndicat et notamment, en matière de :

1° Conduite déontologique ;

2° Application *au minimum* des tarifs adoptés par le Syndicat ;

3° Interdiction de tous actes de concurrence illicite par voie d'intrigue, de dénigrement de confrères, d'avilissement d'honoraires, de réclames dans les journaux, de raccolage de malades, etc.

4° Concours au co syndiqué menacé ou lésé.

Art. 7. — Pour certaines questions qui ne peuvent s'accommoder d'une formule d'application unique dans toute la France, des propositions, formulées après entente locale des confrères intéressés, seront soumises à l'Assemblée et ne pourront entrer en vigueur qu'après approbation de celle-ci.

Art. 8. — 1° Les sanctions applicables en cas d'infraction aux statuts et résolutions prises par le Syndicat seront prononcées, au scrutin secret, par l'Assemblée générale et à la majorité relative des membres présents, après enquête du Bureau, audition des parties et rapport écrit. Elles peuvent être votées par défaut, si le confrère présumé délinquant, convoqué par lettre recommandée, d'abord devant le Bureau enquêteur, ensuite devant l'Assemblée générale, ne se présente pas ou n'expose pas sa défense par écrit en indiquant les faits ou témoignages qu'il croit pouvoir invoquer.

2° Lorsqu'une pénalité aura été prononcée par défaut, le confrère qui en aura été l'objet pourra y faire opposition et son cas sera à nouveau examiné par l'Assemblée générale suivante.

S'il fait encore défaut ou ne présente pas d'explications par écrit, la pénalité prononcée par cette deuxième Assemblée sera définitive.

3° Les pénalités sont : l'avertissement, le blâme, l'exclusion.

Cette dernière pénalité, devra, pour être valable, être votée par les deux tiers des membres qui assisteront à l'Assemblée générale où elle aura été proposée.

Le confrère exclu pourra, dans un délai d'un mois, faire appel de la décision devant l'Assemblée générale suivante. Dans ce cas, tous les membres du Syndicat seront invités à voter par correspondance et l'exclusion devra être prononcée par les deux tiers au moins des votants.

L'exclusion d'un confrère devra être notifiée, lorsqu'elle sera définitive, au Syndicat médical local de la région habitée par ce confrère.

4° A moins qu'il n'en ait été décidé autrement par l'Assemblée générale, toutes les sanctions sont inscrites au procès verbal. Elles peuvent recevoir la même publicité que lui, sans que l'intéressé puisse, de ce chef, exercer une action devant les tribunaux contre le Syndicat ou le Bureau.

Art. 9. — Les démissions devront être adressées au Président ou au Secrétaire général un mois au moins avant la date de l'Assemblée générale.

Elles ne dégagent pas le syndiqué des responsabilités ou pénalités encourues antérieurement à elles.

Administration. — Election du Bureau.

Art. 10. — Le Syndicat est administré par un Bureau composé :

D'un Président ;
De quatre Vice-présidents ;
D'un Secrétaire général ;
D'un Secrétaire adjoint ;
D'un Trésorier.

Ce Bureau est assisté d'un Conseil d'administration dont le nombre des membres correspond à celui des divisions régionales reconnues nécessaires.

Bureau et Conseil d'administration sont élus pour trois ans, au bulletin secret, par tous les membres du Syndicat, à la majorité relative des votants.

Les Membres qui ne pourront assister à l'Assemblée générale où il sera procédé à cette élection sont admis à voter par correspondance aux conditions suivantes :

Leur vote sera consigné sur un bulletin spécial, qui sera adressé avec une enveloppe à tous les membres lors de la convocation. — Ce bulletin ne devra comporter aucune indication ni signature susceptible de faire connaître l'électeur.

Ce bulletin, plié sera renfermé dans l'enveloppe spéciale qui portera le nom de l'électeur.

Au moment du dépouillement, le nom de ce dernier sera pointé et le bulletin, retiré sans être déplié, sera déposé dans l'urne par le Président.

Ces bulletins de vote devront être adressés di-

rectement au siège social. Ils seront retirés par le président d'âge immédiatement avant la séance.

Art. 11. — Si le Président habite Paris, trois des quatre Vice-présidents seront choisis parmi des confrères de province.

Si le Président habite la province, deux Vice-présidents seront de Paris et deux autres de province.

Le Secrétaire général et le Secrétaire adjoint devront être choisis, l'un en province, l'autre à Paris, sans distinction pour l'une ou l'autre de ces deux fonctions.

Le Trésorier pourra être pris soit à Paris, soit en province.

Le nombre des membres du Conseil d'administration est, provisoirement, fixé à vingt-quatre.

Ils seront choisis de telle sorte que toutes les régions soient représentées au Conseil. Six places de membres du Conseil seront réservées pour les confrères de Paris et de Seine-et-Oise.

Art. 12. — La réunion à laquelle il sera procédé à ces élections sera présidée par le doyen des confrères présents, assisté des deux plus jeunes confrères et du Secrétaire général sortant.

Art. 13. — Le Président représente le Syndicat devant l'autorité administrative et judiciaire. Il a les pouvoirs les plus étendus pour ester en justice au nom du Syndicat, introduire toutes instances (après avis du Conseil d'administration et de l'avocat conseil), y intervenir, y défendre, transiger et faire enfin tout ce qu'il jugera utile aux intérêts du Syndicat.

Art. 14. — Le Bureau et les membres du Conseil d'administration se réuniront régulièrement tous les trois mois et, dans l'intervalle, autant qu'il sera nécessaire.

Art. 15. — Les fonctions de membre du Bureau et celles de membre du Conseil d'administration sont gratuites.

Assemblées générales.

Art. 16. — Les membres du Syndicat seront réunis tous les ans en assemblée générale au lieu et à une époque coïncidant avec ceux du Congrès de la Société française d'Ophtalmologie.

Des convocations seront, à cet effet, adressées à tous les membres un mois avant cette date.

Cette assemblée pourra donner lieu à plusieurs réunions, qui ne devront pas se tenir aux mêmes heures que celles du Congrès de la Société d'Ophtalmologie.

Les délibérations de l'Assemblée générale auront lieu dans l'ordre suivant :

1° Le Secrétaire général donnera lecture du procès-verbal des séances de l'Assemblée générale de l'année précédente et des procès-verbaux des réunions du Bureau et du Conseil d'administration.

Il exposera, dans un rapport, les actes du Bureau pendant l'année écoulée.

Après discussion de ce rapport, l'Assemblée devra, par un vote au bulletin secret, approuver les actes du Bureau.

En cas de non approbation, le Bureau devra immédiatement démissionner.

La séance sera levée et renvoyée au lendemain pour l'élection d'un nouveau Bureau qui pourra comprendre ceux du Bureau précédent que l'Assemblée jugera convenable de réélire.

2° Le Trésorier exposera l'état de la situation financière, qui devra être soumis à l'approbation à mains levées, de l'Assemblée.

3° Il sera procédé à l'Admission des candidats, puis au vote des pénalités, s'il y a lieu. Ce vote aura lieu à mains levées, sauf en ce qui concerne l'exclusion, où le vote à bulletin secret est obligatoire.

4° Les questions à l'ordre du jour seront discutées. Autant que possible, ces questions auront été choisies par l'Assemblée générale précédente, et dans ce cas, seront l'objet de rapports confiés, par le Bureau, aux confrères qui lui sembleront plus particulièrement désignés à cet effet.

Ces rapports seront envoyés à tous les sociétaires, en même temps que la convocation.

5° L'Assemblée, avant de se séparer, fixera au Bureau le programme qu'il devra suivre, sauf imprévu, jusqu'à l'Assemblée suivante.

Art. 17. — Le procès-verbal de l'Assemblée générale, ou au moins un extrait du compte rendu sera adressé après la dernière réunion :

1° A tous les sociétaires ;

2° Aux journaux d'ophtalmologie ;

3° Aux Syndicats médicaux locaux que pourraient intéresser nos délibérations : tarifs, exclusions, etc...

4 Aux publications médicales qui soutiennent la cause des Syndicats et, notamment, au *Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux* :

5° Aux administrations, collectivités ou particuliers qu'auront visés les délibérations.

Il sera donné à ces communications la forme que le Syndicat croira la plus utile à ses intérêts et à ceux du corps médical tout entier.

Art. 18. — Les confrères qui auront des communications à faire en dehors de l'ordre du jour fixé par le Bureau devront en avertir le Président au plus tard quinze jours avant la séance. Le Bureau décidera du moment où ces communications devront être exposées.

Fonds social.

Art. 19. — Le fonds social est constitué par :

1° Les dons volontaires ;

2° Les cotisations annuelles ;

3° Les droits d'entrée ;

4° Toutes ressources qui pourront être légalement acquises en observation de la législation sur les Syndicats professionnels.

Art. 20. — Le montant de la cotisation sera fixée par l'Assemblée générale de chaque année selon les nécessités de l'état financier. Elle ne pourra être inférieure à cinq francs.

A son admission à la Société, il sera perçu sur chaque membre un droit d'entrée de cinq francs.

Art. 21. — L'emploi du fonds social sera le suivant :

1° Location d'une salle de réunion pour l'Assemblée générale, le Bureau et le Conseil d'administration ;

2° Frais de correspondance, de convocation, d'impression d'un Bulletin ;

3° Enfin, ces fonds seront employés sous la forme qui paraîtra utile aux intérêts des syndiqués ou au corps médical tout entier, sans autre préoccupation que de se conformer aux prescriptions légales.

Art. 22. — En cas de dissolution, qui ne peut être prononcée que par les deux tiers des membres inscrits au moins, l'avoir de la Société sera

versé dans la caisse de l'Union des Syndicats médicaux.

Art. 23. — Les membres démissionnaires et les membres exclus du Syndicat n'ont aucun droit sur le fonds social et ne peuvent, en aucun cas, exiger le remboursement des sommes versées antérieurement par eux.

Art. 24. —Tout projet de modifications aux Statuts devra être présenté au Bureau un mois au moins avant la date de la réunion de l'Assemblée générale.

Ces modifications devront être approuvées par la moitié des membres du Syndicat dont le vote par correspondance sera admis.

L'ensemble des statuts mis aux voix est adopté à l'unanimité.

Avant de se séparer, l'Assemblée décide de procéder à l'élection du Bureau définitif prévu par les statuts.

Le Bureau, pendant ce vote, est occupé par M. Abadie, doyen d'âge, président, et MM. Soderlindh, de Versailles, et Rollet, de Blois, assesseurs.

Sont élus pour une période de trois ans :

Président : M. Motais, d'Angers.

Vice-présidents : MM. Abadie, de Paris.
— Bourgeois, de Reims.
— Chevallereau de Paris.
— Lagrange, de Bordeaux.

Secrétaire général : M. Cosse, de Tours.

Secrétaire adjoint : M. Vignes, de Paris.

Trésorier : M. Gendron, de Lorient.

Membres du Conseil : MM. Bellencontre, Carra, Giraud, Jocqs, de Lapersonne, et Péchin, pour Paris.

MM. Armaignac (Bordeaux), Aubineau (Brest), Bessonnet (Poitiers), Brunchswig (le Havre), Chevalier (le Mans), Clavelier (Toulouse), Cuisnier (Rennes), Darracq (Pau), Desbrières (Limoges), Deschamps (Grenoble), Fage (Amiens), Guende (Marseille), Hennart (Lille), Rohmer (Nancy), Rollet (Lyon), Sourdille (Nantes), Truc (Montpellier), et Vacher (Orléans), pour la province.

La séance est levée.

Séance du 8 mai 1906

La séance est ouverte sous la présidence de M. Motais, assisté de MM. Lagrange et Bourgeois vice-Présidents, et de M. Cosse, Secrétaire général.

Sont présents : MM. Motais, Lagrange, Bourgeois, Cosse, Gendron, Carra, Petit, Buisson, Salva, Chappé, Dubois, Hennart, Sibille, Landolt, Joseph, Bourdeaux, Bouchart, Delfau, Regnault, Prioux, Giraud, Chevalier, Bellencontre, Augieras, Louis Dor, Jocqs, Rollet (Blois), Houdard, Leviste, Mazet, Armaignac, Soderlindh, Dion, Lacaussade et Darracq.

Le Président annonce qu'il a reçu une protestation émanant d'un certain nombre de confrères habitant Paris, contre l'exercice illégal de l'Ophtalmologie, pratiquée par des médecins étrangers non munis de diplômes français, et qui donnent de fréquentes et nombreuses consultations à Paris. Cette protestation vise surtout un confrère suisse, dont l'Assemblée décide de ne pas inscrire, pour l'instant, le nom au procès-verbal.

Sur la proposition du Président, l'Assemblée décide que le Secrétaire général écrira à ce confrère pour lui demander de cesser ses consultations en France. Selon la réponse qui sera faite, le Syndicat examinera la conduite qu'il devra tenir pour sauvegarder les intérêts des Oculistes français (1).

L'ordre du jour appelle l'élaboration d'honoraires dans les accidents du travail.

Après une longue discussion, le tarif suivant est adopté, article par article, puis dans son ensemble.

Tarif minimum d'honoraires dans les accidents de travail

I

1. Examen d'un blessé. Constat pour la Compagnie et certificat pour le maire......Fr. 10 »
2. Tout nouveau certificat...... 10 »
3. Certificat descriptif et détaillé...... 50 »
4. Le même certificat, si le malade est soigné par un autre confrère...... 100 »

II

1. Extraction d'un corps étranger superficiel...... 10 »
2. Pour les affections n'exigeant pas d'intervention chirurgicale, toute consultation ou pansement...... 3 »

III

1. Opérations de moyenne importance sur la cornée, la sclérotique, l'iris (*Suture cornéenne, Autoplasties conjonctivales, Ulcères infectieux, Excision de prolapsus iridiens, Opérations sur les voies lacrymales et les paupières, Discissions de cataractes secondaires, etc.*). Pour l'opération et les soins ou pansements consécutifs... 100 »
2. Opérations sérieuses (*Cataractes traumatiques, Extraction de corps étrangers du corps vitré, du cristallin, Enucleation, Eviscération, Iridectomie*). Pour l'opération et les soins ou pansements consécutifs...... 150 »
3. Si plusieurs opérations sont nécessitées par le même accident, la plus importante est cotée à un des prix ci-dessus :
   La deuxième est diminuée de...... 20 %
   La troisième est diminuée de...... 40 %

IV

Anesthésie générale...... 40 »

V

Assistance à une opération. Pour l'assistant nécessaire, le quart du tarif de l'opération.

VI

Consultations entre confrères. Pour chacun d'eux...... 20 »

(1) Nous sommes heureux d'annoncer à nos collègues qu'après un échange de lettres très courtoises de part et d'autre, notre confrère suisse s'est engagé à ne plus donner de consultations en France, déclarant qu'il tenait, avant tout, à garder des relations cordiales avec ses collègues français.

VII

Les frais d'hospitalisation, fournitures d'objets de pansements et de médicaments varieront suivant la coutume de la région.

En aucun cas, les honoraires médicaux ne pourront se confondre avec les frais d'hospitalisation.

Sur la proposition de M. Carra, il est décidé que les oculistes syndiqués ayant conclu des engagements particuliers avec les compagnies d'assurances, *avant l'adoption de ce tarif*, ne seront pas tenus de rompre ces engagements dont pourraient profiter des confrères non syndiqués. Toutefois, ces confrères sont invités à faire connaître au bureau du Syndicat, par l'intermédiaire du Secrétaire général, la nature de ces conventions, lesquelles, à leur expiration, ne pourront être renouvelées qu'aux conditions du Tarif adopté par le Syndicat.

L'Assemblée décide qu'un certain nombre d'exemplaires du Tarif seront adressés à tous les oculistes exerçant en France, syndiqués ou non. Il sera tenu en outre à leur disposition autant d'exemplaires qu'ils pourront désirer, à charge par eux de rembourser au Syndicat les frais d'impression de ces tarifs.

Le Bureau et les membres du conseil d'administration qui voudront se joindre à lui sont chargés de se rendre en délégation auprès du Ministre des Travaux Publics, pour lui remettre l'adresse suivante votée à l'unanimité :

« Les membres du Syndicat général des Oculistes français, réunis en Assemblée générale, le 8 mai 1906, protestent énergiquement auprès de Monsieur le Ministre des Travaux Publics, sur la situation désavantageuse qui leur est faite par le tarif des honoraires médicaux dans les cas d'accidents du travail publié dans le *Journal Officiel* du 8 octobre 1905.

« Ils font respectueusement remarquer à Monsieur le Ministre qu'ils n'étaient pas représentés au sein de la commission chargée de l'élaboration de ce tarif et, par suite, que leurs intérêts n'ont pu y être défendus.

« En conséquence, ils prient Monsieur le Ministre de vouloir bien les mettre à même de soutenir leurs revendications devant la commission chargée de la révision de ce tarif conformément à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par la loi du 31 mars 1905. »

Une démarche analogue sera faite auprès du Président de cette commission et auprès des membres du corps médical en faisant partie. Ces derniers seront priés de s'intéresser spécialement à notre cause et d'obtenir l'adoption, par la commission, du tarif voté par le Syndicat.

Dans un exposé fort intéressant, M. L. Dor, de Lyon, appelle l'attention du Syndicat sur la situation toute particulière qui nous est faite par l'admission des accidentés du travail dans les hôpitaux. Il montre combien seront vaines toutes nos récriminations si ces blessés continuent à être admis dans les services hospitaliers, car il n'est pas douteux que les Compagnies d'assurances chercheront à les y adresser le plus possible, afin d'échapper à l'obligation du paiement des honoraires médicaux.

Sur la proposition de M. Cosse, la protestation suivante est adoptée à l'unanimité. Elle sera adressée aux conseils d'administration de tous les hôpitaux de France et à l'Assistance publique :

« Les membres du Syndicat des Oculistes français, réunis en Assemblée générale le 8 mai 1906, attirent l'attention des conseils d'administration des hôpitaux et services de l'Assistance publique sur le tort considérable que leur cause l'admission, dans les services hospitaliers, des victimes d'accidents oculaires du travail.

« Ils prient ces conseils d'administration d'autoriser leurs oculistes ou chirurgiens de poursuivre auprès des Compagnies d'assurances le recouvrement des honoraires qui pourraient leur être dus conformément au tarif adopté par le Syndicat pour les soins donnés à ces blessés admis dans les hôpitaux.

« Ils émettent le vœu que ces blessés, auxquels les soins médicaux sont dus par des Compagnies riches et puissantes, ne soient pas hospitalisés dans les salles communes réservées aux indigents, mais bien dans des chambres particulières auxquels ils ont un droit absolu. »

A ce sujet M. Bourdeaux (Amiens) rappelle une circulaire datant de deux ans et émanant de M. Combes, alors président du Conseil des Ministres, dans laquelle il est spécifié :

1° Que la clinique des Quinze-Vingts a été créée pour les indigents ;

2° Que les blessés de l'industrie ne peuvent invoquer cette qualité ;

3° Qu'en conséquence il y a lieu de réclamer aux patrons les prix des interventions effectuées sur eux.

Enfin il est décidé que le bureau du Syndicat devra entrer en pourparlers avec les Directeurs de Compagnies d'assurances pour obtenir de celle-ci la reconnaissance immédiate du tarif adopté par le Syndicat.

La résolution suivante leur sera présentée au cours de ces démarches :

« Les membres du Syndicat des Oculistes français réunis en Assemblée générale, le 8 mai 1906, décident d'adopter chez les accidentés du travail le Tarif arrêté par eux à cette même séance, que le sinistré ait ou non choisi son médecin.

« Aucun certificat ne sera délivré aux blessés des compagnies d'assurances qui n'accepteront pas de régler les honoraires médicaux d'après ce Tarif. »

Quelques confrères exerçant dans les départements-frontières, ayant signalé que certaines compagnies envoient leurs blessés se faire soigner à l'étranger et notamment en Belgique, le Bureau devra protester contre cet état de choses auprès des pouvoirs compétents et demander à l'Union des Syndicats médicaux de s'unir à cette protestation.

Sur la proposition du secrétaire général, l'Assemblée décide l'affiliation du Syndicat général des Oculistes français à l'Union des Syndicats médicaux.

Sur la demande de M. Bourgeois (Reims), il sera demandé à l'Union des Syndicats que la cotisation des membres appartenant à d'autres syndicats affiliés soit payée solidairement par chacun de ces syndicats.

Sur la proposition de M. Gendron (Lorient), trésorier du Syndicat, le Journal *l'Ophtalmologie Provinciale* sera chargé de la publication *in extenso* des comptes rendus des séances du Syndicat. Ce dernier pourra ainsi, au moyen de tirages à

part, constituer un bulletin dans des conditions particulièrement avantageuses pour ses finances.

M. Cosse, secrétaire général, propose un certain nombre de questions à mettre à l'étude de la prochaine Assemblée générale.

Les questions suivantes sont adoptées :

1° Rapports des oculistes syndiqués entre eux et vis-à-vis des oculistes non syndiqués ;

2° Conduite à tenir en présence des Sociétés de Secours mutuels ;

3° Règlementation de l'admission dans les services ophtalmologiques des hôpitaux.

Le conseil d'administration est chargé de confier aux confrères qui lui paraîtront les plus désignés à cet effet le soin de présenter un rapport sur ces questions.

Conformément aux statuts, ces rapports imprimés seront adressés à tous les membres du Syndicat un mois avant l'assemblée générale de 1907.

La séance est levée.

Ainsi que tous nos confrères pourront s'en rendre compte par la lecture du procès verbal ci-dessus, la constitution du Syndicat s'est faite normalement et c'est sous les plus heureux auspices qu'il se présente à nous. Des résolutions importantes ont déjà été prises et, l'an prochain, des questions de premier ordre seront discutées. Le Syndicat s'est donc, dès le premier jour, engagé dans la voie active que nous désirons tous lui voir suivre. Aussi sommes-nous convaincus que son heureuse influence ne tardera pas à se faire sentir pour notre plus grand bien à tous.

Chacun de nous a reçu, ces jours derniers, un exemplaire des statuts et le texte imprimé de la déclaration que nous devrons signer pour faire partie du Syndicat. Nous engageons nos confrères à nous retourner ces imprimés *le plus tôt possible*, car il serait désirable que le Bulletin du Syndicat, qui paraîtra incessamment, puisse contenir la liste complète des oculistes syndiqués. Nous pensons que, dans cette intention, nos confrères ne mettront aucun retard à remplir cette formalité.

F. Cosse.

(*L'Ophtalmologie provinciale.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Une modification de la loi sur la santé publique. — En vertu d'une loi spéciale promulguée le 22 juin 1906, l'article 26 de la loi sur la santé publique, relatif à la répartition des dépenses entre les budgets des communes, des départements et de l'État, est désormais ainsi rédigé :

Article 26

Article unique. — Le deuxième paragraphe de l'article 26 de la loi du 15 février 1905 est complété comme suit ;

« Pour servir de base à cette répartition, il est établi préalablement, pour chaque commune, un contingent déterminé proportionnellement à la population municipale, sur la totalité des dépenses effectuées, à l'exception de celles concernant les bureaux d'hygiène, d'après la liquidation faite par le préfet à la clôture de l'exercice.

« Celles des dépenses qui n'auraient pas été comprises dans cette liquidation demeureront à la charge du département. »

La cotisation des syndicats médicaux. — A propos de l'intéressant travail de M. le Dr Bolliet publiée au journal récemment, relevons ce passage d'un compte rendu de séance du syndicat médical du Gers, en date du 7 janvier 1906.

« Le rapport du trésorier est adopté.

La cotisation de 3 francs par membre ayant été à peine suffisante pour payer les frais d'impression des travaux du Syndicat et pour l'affranchissement des lettres et circulaires, le Dr *Daguzan* a proposé d'envoyer, à l'avenir, sous simple bande tout ce qui concernait le syndicat, que le simple titre de *Syndicat médical du Gers* suffirait pour préserver du panier ces imprimés, et que de ce fait une notable économie serait réalisée. (*Adopté à l'unanimité.*)

Le *président* a fait remarquer qu'il serait utile, pour que les décisions du Syndicat aient un poids, que toutes nos idées et que tous nos vœux soient soutenus par l'*Union des syndicats* dont nous devrions faire partie ; mais qu'il ne faisait pas encore cette proposition parce que le chiffre de la cotisation était trop faible, *qu'il fallait payer 2 francs par membre pour faire partie de l'Union des syndicats, et que ce supplément de cotisation pourrait éloigner quelques membres de notre groupement, ce qu'il fallait éviter à tout prix.*

Plusieurs membres de l'assemblée ayant, malgré cela, demandé l'élévation du chiffre de la cotisasion cette proportion a été mise aux voix et rejetée. »

Ce syndicat nouveau-né semble disposé à une grande activité et s'est préparé à la lutte sur toutes les questions actuelles. C'est très bien, mais quelle part pourra-il prendre aux démarches onéreuses ?

Les syndicats ouvriers riraient de nous, s'ils savaient notre parcimonie poussée jusque-là.

Le circuit de la Sarthe et le Syndicat médical. — Décidément, les syndicats médicaux ne manquent plus l'occasion d'empêcher de tourner en rond tous ceux qui essayent avec désinvolture de les taper au bénéfice des caisses les mieux garnies.

Les journaux rapportent que l'Automobile Club de France n'ayant pu obtenir le *gracieux concours* de nos confrères (*séjour de 48 heures, à l'œil, d'une vingtaine de médecins de campagne, dans les postes de secours*), on songea à placer dans ceux-ci (*toujours au même prix*) des médecins militaires.

Mais Clémenceau trouva la prétention excessive : et l'Automobile Club de la Sarthe dut s'aboucher avec le Syndicat médical de la Sarthe pour débattre sérieusement la question de l'indemnité.

Tout s'est donc arrangé sans autre anicroche que celle du Dr Sentourens. Notre vaillant confrère de la Ferté-Bernard, que connaissent tous ceux qui ont suivi le Congrès d'exercice illégal de la médecine, aurait été démissionné par l'Automobile Club de la Sarthe pour sa participation à la campagne de résistance ? Il a, d'ailleurs, de sa meilleure plume, fait savoir aux journaux sportifs qu'il s'en consolera sans aucune peine, devant la reconnaissance que lui ont témoignée ses confrères : et il est bien capable de cette résignation, vous pouvez nous en croire.

Où allons-nous avec ces prétentions des médecins ? Tous les capitalistes sont dans l'insomnie.

La catastrophe de Courrières devant la Société d'Hygiène de France. — M. le professeur Gréhant, membre de l'Académie de médecine, vient de faire à la Société française d'hygiène une très intéressante communication sur les accidents auxquels sont exposés les ouvriers mineurs et notamment sur les causes probables de la catastrophe de Courrières. A la suite de cette communication, la Société a voté à l'unanimité, sur la proposition du docteur Monnet, le vœu suivant, que le bureau a été chargé de transmettre immédiatement aux pouvoirs publics :

« La Société française d'hygiène, réunie en séance ordinaire, après avoir entendu la communication de M. le professeur Gréhant à propos de la catastrophe de Courrières ;

Considérant que nombre de mines réputées non grisouteuses contiennent dans l'air respiré des proportions notables de formène;

Considérant le cas tout particulier cité par le professeur Gréhant où une mine, soi-disant non-grisouteuse, contenait 7 p. 100 de formène à l'analyse de l'air, ce qui constitue un mélange détonant;

Considérant qu'il y a là une question d'hygiène sociale au premier chef — l'hygiène ne valant que parce qu'elle peut prolonger la vie et préserver de la mort;

Emet le vœu :

Que les pouvoirs publics, que les législateurs s'occupent et se préoccupent instamment et sans relâche de prescrire, d'ordonner des analyses quotidiennes, d'en exiger la publication et de les mettre à la disposition des autorités qui désirent les contrôler, et aussi d'établir, du fait de la non-observation de ces prescriptions des responsabilités civiles et pénales rigoureuses, la vie humaine devant être et constituer le principal capital à sauvegarder. »

Le Voyage Médical en Allemagne. — L'E. M. I. 1906 » visitera les principales institutions médico-scientifiques de l'Allemagne (Universités, Hôpitaux, Stations Thermales les plus réputées).

Départ de Paris, le jeudi soir 9 août.

10 Août : Aix-la-Chapelle, Cologne. — 11 Aout : Cologne, Bonn. — 12 Août : Bonn. — 13 Août : Wiesbaden. — 14 Août : Francfort. — 15 Août : Marbourg. — 16 Août : Leipsig. — 17, 18 et 19 Août : Berlin. — 20 Août : Dresde. — 21 Août : Heidelberg. — 22 Aout : Baden-Baden. —

Retour à Paris, le jeudi soir 23 Août.

Le concours de nos confrères allemands, ainsi que celui des Bourgmestres et des Municipalités, nous est acquis partout sur notre passage. — Parmi les réceptions qui nous seront faites dans chaque ville, signalons dès aujourd'hui celles de Francfort, Marbourg, Berlin, Heidelberg et Baden-Baden. — A Marbourg, les médecins français seront admis à l'Institut d'Hygiène de Son Excellence M. le Professeur von Behring.

Les adhésions doivent parvenir le plus tôt possible et en tout cas avant le 20 juillet.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Etienne Bazot, administrateur-fondateur des "Excursions Médicales Internationales", au service-annexe de l'Œuvre, 184, rue de Rivoli, Paris 1er (Téléphone 121.08).

Un établissement dans lequel on soigne des tuberculeux constitue-t-il un danger pour le voisinage ? — A cette question, la commission de préservation contre la tuberculose qui siège au Ministère de l'Intérieur a répondu par les conclusions suivantes, développées dans un rapport de M. Brouardel.

1° Dans un établissement consacré à la cure de la tuberculose, lorsque la discipline est bien observée, un tuberculeux ou une réunion de tuberculeux n'expose les habitants des immeubles voisins, et même attenant à l'établissement, à aucun danger de contagion ;

2° Toutes les précautions indiquées par l'expérience sont prescrites par le règlement spécial à l'établissement de la cure d'air de Saint-Symphorien. Il ne peut donc créer pour les personnes du voisinage aucun danger de contagion ;

3° Ce serait porter atteinte au droit d'un propriétaire que de lui interdire de recevoir chez lui aucune personne affectée de tuberculose ou d'autre maladie contagieuse. Aucun texte actuellement en vigueur ne soumet à la nécessité d'une autorisation l'ouverture d'un asile ou de tout autre établissement de charité privée.

Le journal « La médecine sociale ». — Nous n'avons pas cessé de lire avec le plus vif intérêt le journal que publie sous ce nom, M. le Dr Paul Berthod, depuis le commencement de l'année. Si bien comprise qu'en soit la rédaction, ou plutôt précisément parce qu'elle fut fort bien comprise, on est fatalement conduit à regretter les proportions trop modestes de la tentative. Que n'en sortirait-il pas, au contraire, si chaque médecin de France encourageait d'un sou par jour cet effort de vulgarisation de nos intérêts dans leurs rapports avec l'intérêt social ? Mais c'est encore du rêve, sans doute. Un millier de confrères, toujours les mêmes, enverra ses 2 fr. au n° 10 de la rue Marbeuf; les autres s'abstiendront, ce qui ne les empêchera pas, plus tard, de faire quasi-grief au confrère Berthod de n'avoir pas, en deux ou trois ans, conquis l'opinion publique aux vues du corps médical, pendant qu'ils lisaient le *Petit Journal* et plaçaient leurs fonds dans le Panama !!

Cours pratiques par d'anciens internes. — La 2e série des Cours Pratiques aura lieu du *20 juillet au 11 août 1906*. Conçus dans un esprit absolument pratique, ils s'adressent aux étudiants à la fin de leurs études, et aux praticiens.

Chaque cours comprend 9-10 leçons qui se suivront à deux jours d'intervalle. Les heures différentes permettent de suivre plusieurs cours. Pour chaque cours, le droit d'inscription est de 20 francs.

La 2e Série comprend les cours suivants :

Lundi, Mercredi, Vendredi : Larynx, nez, oreilles, M. Bourgeois. — Gynécologie pratique, M. Bender. — Chirurgie journalière, M. Delaunay. — Orthopédie, M. Tridon. — Maladies nerveuses, M. Rose. — Obstétrique, M. Lequeux. — Voies Urinaires, M. Minet.

Mardi, jeudi, Samedi, Maladies de la peau, M. Langlet. — Thérapeutique générale, M. Oppeinheim. — Estomac et Intestin, M. Lippmann. — Maladies des enfants, M. Ball. — Electrothérapie, M. Delherm.

Pour programmes et inscriptions, s'adresser au Dr Minet, 15 rue Malebranche, les lundis, mercredis, vendredis, de 2 à 4 heures.

Faculté et hôpitaux.

Sont nommés, après concours : Chefs de clinique médicale : MM. Crouzon, Laignel-Lavastine, Rosenthal ; chefs de clinique adjoints : MM. Agasse-Lafont, Salomon. Pour le clinicat des maladies syphilitiques : MM. Rostaine, chef de clinique titulaire ; Louste, chef de clinique adjoint.

— Un cours de pratique obstétricale avec manœuvres sera fait pendant le mois de juillet à la clinique Tarnier, par MM. Guéniot, chef de clinique, et Cathala, chef de laboratoire.

Les leçons ont lieu tous les matins (dimanche excepté) à 10 h. 1/4 à partir du lundi 2 juillet.

Le droit d'inscription est de 50 francs.

— M. Henri Claude, agrégé, continuera, à partir du 1er août 1906, pendant toute la période des vacances, l'enseignement clinique qui sera organisé de la façon suivante : lundi et samedi à 9 h. 1/2, visites dans les salles ; mardi, mercredi et jeudi, de 9 h. à 11 h. examen des malades externes ; vendredi, à 10 h., conférences cliniques.

— Les examens d'aptitude pour l'obtention de l'emploi de médecin auxiliaire ou d'aide-major de 2e classe de réserve commenceront le lundi 23 juillet, à l'hôpital militaire Saint-Martin.

Pour s'inscrire, les candidats devront s'adresser au médecin inspecteur, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris. Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 21 juillet inclusivement.

Les demandes d'inscription devront être accompagnées.

1° D'un certificat de 12 inscriptions de doctorat au moins ;

2° D'un extrait de naissance ;

3° D'un certificat de bonnes vie et mœurs.

Les candidats seront convoqués par une lettre individuelle.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année N° 28 15 JUILLET 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

Société Civile du « CONCOURS MÉDICAL »

Séance du 11 juillet 1906.

Présents : MM. Maurat, Jeanne, Diverneresse et Cézilly.

Excusé : M. le docteur Gassot.

Le Conseil procède par voie de tirage au sort aux attributions suivantes :

I. — **Bourse du V. E. M.**

Bourse offerte par Evaux-les-Bains : Docteur Grolhoux, de Nantiat (Haute-Vienne).

Bourse offerte par Eaux-Bonnes : Docteur Hoummel, de Remiremont (Vosges).

II. — **Séjours gratuits aux Corbières.**

Docteur Delpeut, à Saint-Chéron (Seine-et-Oise).
Docteur Pamart, 47, rue des Mathurins, à Paris.

III. — **Séjours gratuits chez M. le Dr Leriche, aux Eaux-Bonnes.**

Docteur Guyon, de Nantes.
Docteur Manière, d'Estrées-Saint-Denis (Oise).
Docteur Hillcock, de Lerme-et-Musset (Gironde)

Le Conseil nomme au titre de *correspondant* pour le département du Tarn, M. le docteur Thadée, de Damiatte-Saint-Paul.

Le secrétaire des séances,
Dr Maurat.

ASSOCIATION " AMICALE-MALADIE "

Réunion du Conseil du 28 juin 1906.

Présents : MM. Maurat, Lepage, Cézilly, Gassot, Mignon, Diverneresse, Jeanne.

Le Conseil procède immédiatement au vote des indemnités suivantes :

Indemnités.

5	58 jours	580 »
27	10 jours	100 »
35	30 jours	300 »
80	3 mois	300 »
147	3 mois	300 »
149	2 jours	20 »
150	3 mois	300 »
153	25 jours	250 »
154	33 jours	330 »

158	2 jours à 10 fr. = 20 » / 2 m. et 28 j. chr. = 293 25	313 25
172	3 jours	30 »
173	3 mois	300 »
179	3 mois	300 »
186	3 mois	300 »
193	13 jours	130 »
208	60 jours à 10 fr. = 600 / 1 mois, chr. = 100	700 »
209	19 jours	190 »
238	3 mois	300 »
286	3 mois	300 »
341	3 mois	300 »
356	14 jours	140 »
362	3 mois	300 »
372	3 mois	300 »
377	2 mois et 8 jours chr	226 65
378	3 mois	300 »
398	15 jours	150 »
421	3 mois	300 »
429	3 mois	300 »
479	9 jours	90 »
508	3 mois	300 »
516	31 jours	310 »
553	11 jours	110 »
588	45 jours	450 »
592	13 jours	130 »
597	7 jours	70 »
600	16 jours	160 »
612	8 jours	80 »
626	15 jours	150 »
660	5 jours	50 »
671	13 jours	130 »
731	3 jours	30 »
749	35 jours	350 »
758	30 jours	300 »
767	16 jours	160 »
795	26 jours	260 »
809	43 jours	430 »
855	60 jours à 10 fr. = 600 » / 1 m. et 28 j. chr. = 176 »	776 60
907	19 jours à 10 fr. = 190 » / 2 m. et 12 j. chr. = 239 95	429 95
909	29 jours à 10 fr. = 290 » / 25 jours à 10 fr. = 350 »	640 »
931	6 jours	60 »
933	31 jours	310 »
938	6 jours	60 »
950	18 jours	180 »
951	37 jours	370 »
952	17 jours à 10 fr. = 170 » / 1 m. et 29 j. chr. = 196 55	366 55
970	3 mois	300 »
1013	14 jours	140 »
1018	7 jours	70 »
1032	5 jours	50 »
1093	14 jours	140 »
1154	44 jours	440 »
1168	3 mois	300 »
1177	3 mois + 143 fr., reliquat	443 »
1185	18 jours	180 »
1195	1 mois chr.	100 »
1197	14 jours	140 »
1208	29 jours	290 »
1225	58 jours	580 »

M. le Dr Mignon, expose en outre les demandes qu'il a reçues pour indemnité de cure thermale, dont le montant serait versé à la fin du 3e semestre : Le Conseil agrée celles qui sont présentées suivant les règles formulées par les dernières Assemblées générales.

Il est ensuite procédé à l'examen des dossiers des candidats.

L'un d'eux est écarté après examen médical de contrôle, un autre est ajourné pour supplément de renseignements.

Sont admis :

Combinaison A.

Dircksen, à La Varenne (Seine).
Escoffier, à Annonay (Ardèche).
Prot à Arthonnay (Yonne).
Audoin, à Thouars (Deux-Sèvres).
Garcin, à Morestel (Isère).
Brumaud-Deshoulières, à Bellac (Hte-Vienne).
Lecourt, à Joux-la-Ville (Yonne).
Cros, à Mazères (Ariège).
Forestier, à Seignelay (Yonne).
Jardet, à Vichy (Allier).
Madame Catz, à Paris.
Kerrien, à Saint-Pierre-Quilbignon (Finistère).
Brayer, à Acy-en-Multien (Oise).
Dessal-Quentin, à Saint-Front-d'Alemps (Dordogne).
Grégoire, à Chazelles-sur-Lyon (Loire).
Serfaty, à L'Hillil, Oran (Algérie).
Pareau, à Le Barp (Gironde).
Freyche, à Mazères (Ariège).
Duvau, à Bedeau, Oran (Algérie).
Pignod, à Pont-Saint-Esprit (Gard).
Lenclos, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Olivier, à Alboussière (Gard).
Martinet à Saint Pourçain (Allier).
Pasqualini de Campile, à Villeneuve-Loubet (Alpes-Maritimes).
Briançon, à Saint-Etienne (Loire).
Lebrun, à Ivry-Port (Seine).
Astier, à Mens (Isère).
Hémet, à Damery (Marne).
Rochette, à Brenod (Ain).
Quesnel, à Balleroy (Calvados).

Le Président invite le Conseil à préparer, pour le mois de septembre, tous projets de modification, qui seront utilement étudiés après que les résultats de l'inventaire auront été dégagés par l'actuaire, M. Fleury.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire des Séances,

D. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

La pathogénie de l'entéro colite muco-membraneuse.

M. le Dr Ch. Esmonet, de Châtel-Guyon, a résumé récemment les différentes opinions des auteurs sur la nature et l'origine de l'entéro colite muco-membraneuse.

« Il faut, dit-il, à l'origine de l'entérite muco-membraneuse, un terrain prédisposé : ni l'infection (qu'elle siège à l'intestin, dans les organes an-

nexes, dans les viscères avoisinants), ni la constipation, ni les modifications dans l'acidité des humeurs, dans le chimisme gastrique, ni les troubles mécaniques, fussent les ptoses mêmes, — ne représentent la condition nécessaire et suffisante à créer la muco-membrane, s'il n'existe au préalable la *tare neuro-arthritique*.

L'E. C. m. m. n'est qu'un syndrome. Elle peut être engendrée par une infinité de provocations mécaniques, réflexes, infectieuses, psychiques même, agissant parfois isolément, le plus souvent ensemble, et « les différents mécanismes pathogénique, autotoxique, humoral et nerveux, loin de s'exclure mutuellement, forment au contraire les anneaux d'une même chaîne » (Enriquez et Grenet).

L'exclusivisme en pathogénie nous paraît méconnaître autant la multiplicité réelle des causes que nous paraît s'éloigner d'une thérapeutique rationnelle toute médication qui ne vise qu'à traiter une catégorie de symptômes morbides. S'adresser aux seuls troubles infectieux — ne voir que les désordres psychiques — parer au seul déséquilibre de la mécanique de sustentation abdominale — tout cela est utile, indispensable. Rien de tout cela ne suffit.

Pour éviter de tomber dans la médication symptomatique, pour obéir aux principes de thérapie pathogénique, on ne saurait mieux faire que de s'associer aux indications formulées par M. le Dr Le Gendre et de dire avec lui : « Au point de vue du traitement, il convient de ne négliger nulle cause ; sans doute, il est indispensable d'éviter la stase fécale, de nettoyer la muqueuse du côlon, de diminuer par un régime approprié les fermentations gastriques et l'acidité du contenu intestinal, de réduire les ptoses et de soigner les autres organes abdominaux, s'il y a lieu ; mais, ces divers moyens ne suffiraient pas à remettre les malades en santé et n'empêcheraient pas les rechutes, si on n'agissait pas sur leurs réactions nerveuses, nervo-motrices, vaso-motrices et nervo-sécrétoires originellement troublées. »

L'action du peroxyde d'hydrogène (eau oxygénée) sur les bubons suppurés.

M. le Dr G. Brœse Van Grœnow, d'Amsterdam, rapporte dans la *Revue des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes*, les excellents résultats qu'il a obtenus par l'application du peroxyde d'hydrogène dans la cure des bubons suppurés.

« J'ai traité, dit-il, trois malades par l'application du peroxyde d'hydrogène, et je puis dire que j'ai eu des résultats frappants.

Le premier était un jeune homme ayant deux chancres mous à la verge, datant d'une semaine. Tuméfaction à l'aine, causée par une série de glandes, dont une était plus grosse que les autres, douloureuse à la pression. Traitement des chancres par le peroxyde d'hydrogène et saupoudrage trois fois par jour avec du sous-benzoïnate de bismuth, traitement des bubons par l'application de teinture d'iode et teinture de benjoin, par parties égales, à l'aide d'un pinceau.

Les jours suivants, les chancres commencent à se nettoyer, le bubon augmente de volume, la peau devient rouge, la douleur s'accentue, le malade a de la fièvre et ne peut presque plus marcher.

Sentant une fluctuation nette, je fis avec les précautions habituelles de l'antisepsie, une incision de la glande de 2 à 2 cent. 1/2, parallèle au ligament de Poupart. Je lavais la plaie à l'eau boriquée, faisant sortir par pression le pus resté dans la cavité de la glande.

Ensuite, à l'aide d'une tige garnie d'un morceau de ouate, trempée dans le H^2O^2, je fis le nettoyage de la cavité glandulaire. Après je versai dans cette cavité la solution de H^2O^2.

La formation d'oxygène ayant cessé, j'enlevai le liquide et j'introduisis une mèche de gaze hydrophile, trempée dans le H^2O^2 dans la cavité et sortant par l'incision, formant un drain et prévenant l'enroulement des bords de la plaie.

Pansement simple.

Le malade ne pouvant rester alité, rentrait chez lui, pour revenir le jour suivant.

La douleur avait disparu, la fièvre avait cessé, la marche était bonne et ôtant le pansement j'étais bien étonné de ne trouver trace de pus sur l'ouate. La mèche de gaz était à peine colorée.

Même traitement. Toutes les vingt-quatre heures, renouvellement de la mèche, après avoir appliqué le H^2O^2, bourrant la cavité, diminuant dès le cinquième jour et enlevant la mèche de gaze le dixième jour.

Trois jours après, la plaie était complètement guérie montrant une cicatrice à peine visible.

Mon deuxième malade se présenta avec un chancre mou et des bubons multiples. Traitement analogue au premier. Quatre glandes fortement gonflées et fort douloureuses.

Les antiphlogistiques n'avaient pas de succès, la douleur augmentait, la marche devenait plus pénible, la température s'élevait.

Sentant de la fluctuation, j'incisai la glande comme chez le premier malade faisant de la sorte avec les trois autres bubons. Application du H^2O^2; la cavité fut bourrée comme dans le premier cas. Le jour suivant, pas de pus et le troisième jour déjà, je raccourcis la mèche de gaze, que j'enlevai la cinquième jour. Cinq jours après guérison complète.

Un troisième malade, portant trois bubons fut traité de la même façon avec le même succès. En une semaine environ les bubons étaient guéris.

Mon premier malade m'a donné le moins de succès et pour cause. J'avais toujours peur de voir revenir le pus, qui peut être se maintenait quelque part dans la glande, séparé seulement par une cloison de la cavité. J'ai alors trop longtemps bourré la cavité et ralenti, par la pression de la gaze, l'activité de la prolifération des granulations.

Mes deux autres cas montrent que la cavité intra-glandulaire peut se combler en peu de temps. On dirait que le H^2O^2 fait pousser les granulations.

Il est bien difficile de tirer des conclusions nettes de ce nouveau procédé. *Trois cas ne suffisent pas pour démontrer l'efficacité absolue de ce traitement* dans tous les cas. Seulement, je puis conclure :

1° Que le peroxyde d'hydrogène a un pouvoir bactéricide remarquable ; il tue le bacille de Ducrey, et d'après les recherches de Krowcynski il serait capable de détruire le spirochète pallida de Schaudinn. Il serait alors un vrai moyen prophy-

lactique contre la syphilis, ce qu'on ne peut pas dire des autres antiseptiques, comme le prouvent le grand nombre des malades qui attrapent la vérole et qui pourtant ont pris la précaution de nettoyer la verge au sublimé après le coït ;

2° Que la technique est des plus faciles ;

3° Qu'on n'a pas besoin de l'anesthésie locale, ni générale ;

4° Que ni le repos des malades, ni l'immobilité du membre correspondant à la plaie inguinale ne sont nécessaires ;

5° Que la guérison est de beaucoup plus rapide que par les autres procédés.

Grossesse et Corps jaune.

On connaît depuis fort longtemps l'influence considérable des glandes génitales femelles sur la physiologie de la grossesse. Cette influence est démontrée par les résultats de la castration qui détermine l'arrêt de la gestation avec avortement ou résorption du fruit. C'est là une règle générale que certains cas exceptionnels ne peuvent infirmer. Ajoutons que cette influence des ovaires ne s'étend pas sur toute la durée de la grossesse ; la castration pratiquée pendant les derniers mois ne possède pas le même effet : l'accouchement se fait à terme et la lactation s'établit.

Les recherches récentes faites sous l'inspiration du Professeur Born par ses élèves, Magnus, Frœnkel et Cohn, ont démontré que cette influence des ovaires sur la gestation *est due au corps jaune*. Celui-ci représente une petite glande à sécrétion interne qui se développe dans l'ovaire après la ponte ovarique et qui disparaît rapidement, si l'œuf n'est pas fécondé, après avoir provoqué la menstruation (*corpus luteum spurium.*) Si l'œuf est fécondé, le corps jaune persiste dans l'ovaire pendant la plus grande partie de la gravidité et ne commence à régresser que vers le sixième mois (*corpus luteum verum*). C'est la sécrétion interne du corps jaune vrai qui commande la physiologie de la grossesse pendant la plus grande partie de sa durée. Les recherches de Magnus et surtout celles de Frœnkel ont démontré, en effet, que la destruction des corps jaunes chez les animaux gravides produit les mêmes effets que la castration : la destruction très précoce empêche la fixation de l'œuf fécondé dans la muqueuse utérine ; la destruction plus tardive détermine la mort et la résorption du fruit ; la destruction vers la fin de la gestation ne possède aucun effet sur la grossesse : les animaux accouchent à terme de produits vivants.

Il résulte de ces faits que toutes les anomalies dans la formation du corps jaune et que toutes ses perturbations fonctionnelles doivent avoir un retentissement sur la marche de la grossesse. Les altérations pathologiques du corps jaune vrai ne sont en effet pas rares ; on a remarqué, dans certains cas, l'insuffisance de leur développement, leur dégénérescence kystique, leur altération plus ou moins profonde dans les ovarites de diverses natures. L'insuffisance fonctionnelle, temporaire ou définitive, due à un trouble sécrétoire ou à un développement incomplet, représente sans aucun doute l'anomalie la plus fréquente du corps jaune.

Il est hors de conteste que bon nombre des troubles plus ou moins graves qui se manifestent si fréquemment au cours de la gestation et dont on avait jusqu'ici recherché en vain la pathogénie, reconnaissent leur cause dans une altération fonctionnelle de cette glande ovarique.

Il s'agit ici des affections de la grossesse, dites idiopathiques, qui se caractérisent par des étouffements, palpitations, bouffées de chaleur, nausées, vomissements, etc. Remarquons que ce tableau clinique se manifeste également au moment de la ménopause naturelle ou opératoire. Cette analogie frappante indique qu'il faut attribuer à tous ces troubles, dans l'un et l'autre cas, une origine identique, c'est-à-dire une insuffisance fonctionnelle du corps jaune.

Pendant la grossesse, certains de ces accidents peuvent devenir particulièrement graves, comme les vomissements, par exemple, qui arrivent quelquefois à rendre impossible l'assimilation d'aucun aliment (vomissements incoercibles). Il y a lieu de se demander si ces vomissements incoercibles sont exclusivement dus à une insuffisance fonctionnelle du corps jaune. Le fait est très vraisemblable, étant donné qu'il n'existe qu'une différence de degré entre ces troubles très graves et les troubles plus légers consécutifs à l'hypofonction de cette glande ovarique.

Il est évident que les troubles de la grossesse dus à l'insuffisance du corps jaune doivent trouver leur médication rationnelle dans l'administration du principe qui fait défaut dans l'organisme. C'est ce qu'avait tenté Lebreton qui, dès 1899, avait prévu le rôle fondamental du corps jaune et son importance thérapeutique. Les femmes enceintes qu'il a soignées par l'extrait de corps jaune ont vu disparaître rapidement tous leurs troubles. Etant données les connaissances que nous possédons actuellement sur la physiologie de l'ovaire, il est à souhaiter que de nouveaux essais soient tentés dans ce sens. Le principe actif retiré du corps jaune doit représenter en effet le médicament efficace et spécifique de tous les troubles dus à l'insuffisance ovarienne, pendant la grossesse comme en dehors de cet état.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Enfants-Malades :

Lymphangite gangreneuse du scrotum.

Par le M. le Dr Broca

Vous avez pu voir dans nos salles un nourrisson de 1 mois 1/2 sur lequel j'ai dû intervenir pour une lymphangite gangreneuse du scrotum. Peu commune sans doute, cette affection mérite cependant de retenir votre attention. D'un diagnostic précoce, d'un traitement hâtif et énergique peut en effet défendre le pronostic, toujours grave *quoad vitam*, et fatal si l'on temporise.

Reçu d'urgence à la garde samedi, ce nourrisson présentait des lésions locales, un état général

qui rappelaient l'infiltration d'urine telle qu'elle s'observe chez l'adulte. Le scrotum, augmenté de volume, était luisant, extrêmement distendu, pâle par anémie des capillaires du derme. Dans sa partie gauche, siégeait une plaque de coloration bronzée dans son ensemble, violacée par places : en ce point déjà il y avait mortification, des téguments. La verge, elle aussi, était tuméfiée, moins distendue cependant que le scrotum : elle conservait une teinte rosée. La rougeur s'étendait sur la partie inférieure de l'abdomen, d'une teinte érysipélateuse. L'érysipèle cependant n'est pas en cause : le bourrelet périphérique caractéristique faisait défaut. Ces placards étaient dus à la lymphangite réticulaire.

Cet œdème inflammatoire, cette gangrène à marche rapide (les accidents avaient débuté le mercredi soir, la tuméfaction étant manifeste le vendredi) témoignaient d'un phlegmon diffus des bourses. Quelle en était l'origine ? L'enfant urinait normalement jusqu'à l'apparition du gonflement. Ce renseignement suffisait à éliminer un rétrécissement congénital de l'urèthre, un phimosis très serré, causes éventuelles d'une infiltration d'urine, rare, mais possible, chez un nourrisson.

Mais cet enfant était mal alimenté, nourri au biberon d'abord, plus tard au sein, jamais réglé. Les selles, diarréiques, irritantes, avaient déterminé un érythème fessier, des érosions multiples qui se retrouvent encore aux fesses dans les sillons génito-cruraux, au niveau du creux poplité. Peut être le scrotum en avait-il présenté ! Nous n'en retrouvions pas de traces, toutefois, à son niveau. Ces lésions crurales d'ailleurs nous suffisaient. Sans doute, il nous fallait invoquer un processus de lymphangite rétrograde. Mais nous savons que celle-ci existe, sans conteste, aussi bien là que dans d'autres régions.

Ce sont là d'ailleurs discussions théoriques : je n'y insiste pas. Retenez en passant que dans les mêmes conditions, on peut observer chez la fille un œdème lymphangitique gangreneux de la vulve de touts points comparable.

Un autre fait à retenir est que, chez le garçon, ce phlegmon diffus gangreneux des bourses semble à peu près réservé aux nourrissons, lorsqu'il est indépendant, cela va sans dire, de l'infiltration d'urine.

Et nous arrivons à la thérapeutique capitale ! Il y a lymphangite du scrotum ! Quelle sera votre conduite ? Toute lymphangite des bourses n'est pas fatalement facteur de gangrène. Mais soyez sur vos gardes. Surveillez votre malade. A la moindre menace de diffusion intervenez.

Débridement large. Au thermo de préférence ; c'est, à mon goût, l'instrument de choix dans les phlegmons diffus, dans les anthrax en voie de diffusion. Menez une grande incision profonde sur la ligne médiane, de la racine de la verge au voisinage de l'anus. Incisez encore de chaque côté dans toute l'étendue du scrotum. A la pointe du thermo, dans l'intervalle de vos incisions, lardez le tissu cellulaire infiltré.

C'est dans une telle intervention que vous trouverez chance d'améliorer un pronostic, toujours sévère, mais qui nous fut favorable dans les 2/3 environ des cas que nous avons observés jusqu'ici. Dans le cas particulier, toutefois, je n'ai pas grand espoir, car l'infection générale me paraît déjà grave.

N. B. L'enfant a succombé 48 heures après l'intervention, la lésion locale ayant d'ailleurs été arrêtée dans son extension.

MÉDECINE PRATIQUE

Les purgatifs dans l'appendicite.

L'appendicite est à la fois une maladie bien dangereuse et un sujet périlleux pour une plume obscure et inexpérimentée. J'y risquerai tout de même la mienne en sortant de lire l'article plein d'esprit du Dr Gaston.... de trop d'esprit, dirai-je, au risque de faire penser « ils sont trop verts ». Je trouve que la question ne prête pas à la plaisanterie

Le praticien blanchi sous le harnais, qui exerça jadis à la campagne et qui porte aujourd'hui avec ses souvenirs, son bon sens et.... son esprit allégé de toute responsabilité, est un personnage de roman, ce n'est pas une autorité médicale. Nous, qui gardons la main sur le manche de la charrue, nous vieillissons aussi : c'est fâcheux pour nous, mais c'est heureux pour nos clients. Nous apprenons ainsi que l'appendicite aiguë se distingue très difficilement de la typhlite : ce diagnostic est une subtilité dont se gardent même les virtuoses de la clinique. S'y attarder, c'est faire perdre à son malade le bénéfice d'une opération opportune et, neuf fois sur dix, la vie.

Voilà le côté du tableau, qu'à mon sens, il faut montrer : de l'autre côté ne sont que des exceptions.

J'ai le regret d'être tout aussi peu d'accord avec le Dr Gaston au sujet de l'appendicite chronique. Évoquer dans une même phrase l'existence de celle-ci, de la typhlo-colite, de l'entéro-colite, de la névro-entérite, c'est créer une confusion, ce n'est pas éclairer un praticien, ni soulager un malade. La typhlo-colite, l'entéro colite, etc., s'accompagnent presque toujours d'une autre affection viscérale ; cette affection est souvent l'appendicite chronique ; l'une entretient l'autre ; voilà, au contraire, il me semble, une notion banale à force d'être vraie, mais claire et pratique. Il est encore vrai d'ajouter : le diagnostic peut et doit être fait, il n'est pas difficile, le plus souvent, si on y pense, et on a, pour le faire, tout son temps. Quand il est fait il faut conseiller l'opération : les trois quarts du temps, le malade guérira, presque toujours il sera très amélioré, mais ici on peut attendre ; le repos, le régime, des précautions infinies, la surveillance attentive du médecin, peuvent, pendant longtemps, prévenir un malheur, seulement le patient mènera, tant qu'on n'interviendra pas, une vie misérable, à charge aux autres et à lui-même et restera voué à la neurasthénie et à la tuberculose.

Appendicalgie, appendicite hystérique, doivent être tenues pour des exceptions : la paresse intestinale ou le spasme du côlon, la coprostase, existent toujours dans ces cas comme dans les autres, mais à titre de complication. Combattez-les en vous souvenant que vous courez à des désastres si vous purgez.

Voulez-vous entendre, à ce sujet, le praticien blanchi.,.. ? Une vieille et fidèle cliente m'appelle en hâte : docteur, vous savez que je

n'aime pas à faire traîner les choses ; je me sentais, comme souvent, l'intestin un peu encombré et mon lavement n'avait pas produit tout le résultat que je désirais. Je l'ai fait suivre tout de suite d'un verre de Rubinat : mais je suis bien plus malade depuis. Je le crois bien : elle resta pendant dix jours entre la vie et la mort : une opération la sauva. Nous trouvâmes deux anses intestinales adhérant à une vieille poche appendiculaire.

La purgation, en excitant les mouvements de l'intestin, avait exagéré les coudures et créé de l'obstruction. Mais, chose plus instructive encore, cette cliente avait eu, en effet, trois crises antérieures d'appendicite subaiguë dont les symptômes avaient, chaque fois, éclaté à la suite d'une purgation prise comme cette fois.

Dans un autre ordre d'idées, c'est une jeune femme mariée depuis un mois ou depuis dix ans. Elle a depuis longtemps de l'entéro-colite ; les plus grands consultants lui ont dit qu'elle avait l'appendice délicat. A la moindre fatigue son entérite devient plus gênante ; si elle prend la grippe, c'est la forme intestinale. Le point de Mac Burney est douloureux de temps en temps. L'alimentation est un problème. Les crises sont de plus en plus longues, les périodes d'accalmie de plus en plus courtes. Tout le monde s'ennuie, le mari, la femme, le médecin. Celui-ci finit par avoir gain de cause. L'opération est faite : on trouve un de ces appendices dont l'aspect inoffensif excite la verve académique du maître, mais il est entouré d'adhérences et tirebouchonné par un méso où les crises d'inflammation antérieure ont laissé leurs traces. On l'enlève : un mois après, la patiente est rendue à la vie normale : si l'intestin, par habitude, reste un peu capricieux, Plombières ou Châtel Guyon feront merveille.

Je pourrais multiplier les exemples : ils sont tous les mêmes, ce serait oiseux. Du reste, je n'apprends rien à personne. Mais pourquoi ne pas s'attacher à mettre en évidence ces faits si importants, qui sont la vérité pure, simple, pratique, au lieu d'en détourner l'attention par des variations à côté ?

Un chirurgien, éminent entre tous, me disait, l'autre jour, en *balafrant* une de mes clientes : la communication de Dieulafoy va faire mourir beaucoup de monde. Je suis absolument de son avis et je ne voudrais pas que *le Concours* se rendît complice même d'un aussi grand maître. C'est pour cette raison et non pour le plaisir de contredire un confrère que j'écris ces lignes.

Les articles du *Concours* sont lus par beaucoup de jeunes confrères qui cherchent à y trouver formulée en termes précis et clairs une ligne de conduite. J'ai quelquefois pâti, comme les autres, de n'y pas trouver ce que je cherchais, aussi, sans prétendre rien enseigner, simplement pour éviter le reproche que je faisais alors à certains correspondants, je me fais un devoir de conclure en trois points :

1° En matière d'appendicite aiguë, ne pas croire au traitement médical et ne s'en tenir à lui que si on ne peut faire autrement ;

2° En matière d'appendicite chronique, bien plus fréquente qu'on ne dit, le traitement chirurgical est seul curateur. Sans lui, les malades mènent une vie misérable, sans cesse menacée par la crise de Damoclès ;

3° Dans les deux cas, ne touchez à l'intestin qu'avec beaucoup de circonspection et tenez la purgation pour plus dangereuse que le bistouri.

Dr Médail.

Les ampoules auto-injectables.

Parmi les nombreux perfectionnements qui, depuis quelques années ont été apportés à la médication hypodermique, la plus importante amélioration a consisté évidemment dans la répartition de chaque dose médicamenteuse dans une ampoule spéciale en verre, scellée à la lampe. Ce procédé offre de plus le grand avantage de donner une sécurité absolue, tant au point de vue du dosage que de l'asepsie du médicament. Malheureusement, pour injecter le contenu de l'ampoule sous la peau, il faut après en avoir brisé la pointe aspirer le liquide dans une seringue. Cette petite opération qui prend toujours un peu de temps, ne donne jamais une sécurité absolue au point de vue de l'asepsie. Il serait, en effet, beaucoup plus rationnel de faire passer directement la solution médicamenteuse de l'ampoule sous la peau du patient, sans passage intermédiaire dans une seringue plus ou moins bien stérilisée. Depuis quelques années, divers essais ont été faits dans ce sens. M. Viel, docteur en pharmacie à Rennes, a résolu la question d'une façon remarquablement simple.

L'ampoule ordinaire a ses deux pointes munies chacune d'un petit manchon métallique. Pour en injecter le contenu, il suffit de briser l'extrémité du verre au niveau du manchon et d'adapter sur celui-ci une aiguille de platine soigneusement flambée. On brise alors l'autre pointe de l'ampoule et l'on y adapte le raccord d'une petite poire à insufflation, en caoutchouc, de la grosseur d'un œuf de dinde. Cette poire, qui se manœuvre par pression de la main, comme un vaporisateur de toilette présente un système de valves disposés de manière à empêcher tout retour de l'air de l'ampoule vers l'appareil insufflateur : elle est uniquement foulante. En outre, un petit tampon d'ouate hydrophile placé au niveau du raccord avec l'ampoule de verre, permet une filtration absolue de l'air insufflé.

L'appareil étant ainsi monté, il est bien évident que tout le liquide de l'ampoule est directement injecté, sans aucun intermédiaire et d'une façon rigoureusement aseptique, puisqu'il n'y a plus qu'un seul passage à travers une aiguille de platine flambée au rouge.

Dr Ch. Maigné.

PÉDIATRIE

Des dangers de la décoction de tête de pavot chez les enfants en bas âge

par M. le Dr Deléarde
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille,
Chargé du cours de Clinique médicale infantile.
et M. Bonn,
Directeur du Laboratoire municipal de Lille,
Membre correspondant de la Société d'hygiène alimentaire.

Alors que la campagne entreprise contre la mortalité infantile commence à porter ses fruits,

il n'est pas inutile, croyons-nous, de rappeler, pour les combattre, certains procédés employés par les femmes à qui l'on confie la garde des jeunes enfants — et quelquefois par les mères de famille elles-mêmes.

Voici ce qui se passe trop souvent : La soigneuse, ou la mère du nourrisson, violant les règles de l'hygiène la plus élémentaire, gave l'enfant en bas âge de soupes, de tétées trop abondantes ou encore d aliments essentiellement indigestes, tels que haricots, pommes de terre, etc.

La gastro-entérite ne tarde pas à se déclarer et avec cette maladie, l'enfant perd le sommeil, il pousse des cris et trouble par conséquent le repos de ceux qui le soignent. C'est alors qu'interviennent les grands moyens et parmi eux, il est de notion courante.non pas de régler l'alimentation, ce qui mettrait fin à l'indocilité du nourrisson, mais de lui donner à intervalles plus ou moins réguliers. soit en petite quantité, quelques cuillerées à café par exemple. soit même un biberon entier, comme on nous l'a rapporté, d'une décoction de tête de pavot.

Celle-ci est préparée en mettant une tête de pavot, coupée en morceaux. dans une dose variable d'eau, un demi-litre ; le tout est placé sur le feu jusqu'à ébullition et on laisse concentrer à environ un quart de litre ; on puise à même dans la casserole la quantité nécessaire pour calmer l'enfant : la macération dure plusieurs jours, on y ajoute de l'eau au fur et à mesure que celle-ci s'évapore.

Que résulte-t-il de l'emploi de ce procédé ? Rarement une intoxication aiguë par l'opium, car les femmes qui usent de ce moyen dangereux évitent en général les doses massives qui entraîneraient une mort rapide et par conséquent les exposeraient à des poursuites judiciaires ; mais plutôt une intoxication chronique provoquant chez l'enfant un amaigrissement marqué, une émaciation profonde précédant de quelques semaines la mort par cachexie. L'un de nous a eu l'occasion de voir, à la consultation gratuite de l'Hôpital Saint-Sauveur, un certain nombre d'enfants ayant absorbé de la décoction de tête de pavot ; la maigreur chez eux est véritablement squelettique : ils présentent au complet tous les signes de l'athrepsie avec le facies caractéristique de cette terrible maladie. C'est grâce à des questions réitérées à un interrogatoire longtemps poursuivi, que nous arrivions à faire avouer par la personne qui nous amenait l'enfant l'ingestion de la décoction de tête de pavot, du « dormant » comme on l'appelle dans la région du Nord et en particulier à Lille.

Si les signes de l'intoxication par l'opium ne sont pas facilement visibles, c'est qu'une autre cause de cachexie, la mauvaise alimentation et les troubles gastro-intestinaux consécutifs, vient s'ajouter à celle produite par l'opium.

Pour rechercher les alcaloïdes de l'opium (morphine, narcéine, papavérine, codéine, etc.) dans la décoction de pavots, nous avons opéré en nous plaçant dans les mêmes conditions que celles réalisées par les femmes utilisant ce produit : une tête de pavot, achetée chez un herboriste de Lille, a été coupée en morceaux, placée dans une capsule de porcelaine, additionnée de 250 c.c. d'eau, et le tout a été abandonné à une très légère ébullition pendant plusieurs heures, en remplaçant l'eau au fur et à mesure de son évaporation.

Le décocté obtenu a été alcalinisé par le bicarbonate de soude, puis agité à plusieurs reprises avec du chloroforme contenant 10 p. 100 d'alcool. Le choroforme décanté a été épuisé par de l'eau légèrement acidulée d'acide chlorhydrique et la solution aqueuse ainsi obtenue a été évaporée à sec.

Le résidu nous a donné des précipités extrêmement nets et très abondants avec les réactifs généraux des alcaloïdes (Dragendorff, Mayer, Bouchardat). De plus, une fraction du résidu. additionnée de quelques gouttes du réactif de Marquis (formé par un mélange de 30 c.c. d'acide sulfurique concentré et de 20 gouttes de formol à 40 p. 100) a donné une coloration rouge violacé extrêmement intense et parfaitement caractéristique de la présence d'assez grandes quantités de morphine.

Nous n'avons pas fait de dosage des alcaloïdes dans la tête de pavot, car la teneur en alcaloïdes est fonction de l'état de maturité, et par conséquent très variable.

Si l'on consulte la littérature médicale, on trouve un grand nombre d'auteurs ayant déjà attiré l'attention sur les conséquences dangereuses de l'ingestion, par l'enfant en bas âge, de la décoction de tête de pavot. On connaît la sensibilité particulière de l'enfant à l'égard de l'opium et de ses composés, dont quelques milligrammes peuvent amener des accidents très graves.

Or, on a vu plus haut la présence très évidente d'une dose assez considérable de morphine dans une tête de pavot achetée chez un herboriste, et cette constatation explique très bien les nombreux exemples d'intoxication d'enfants.

C'est ainsi que Chevallier, en 1868, dans une note sur la vente libre des capsules de pavot et sur les dangers qui peuvent en résulter, rapporte un certain nombre d'observations d'empoisonnement par cette substance.

Il cite en particulier un cas de Fodéré, celui d'une sage-femme inculpée de l'assassinat d'un grand nombre d'enfants, dont on avait retrouvé les ossements dans son domicile ; c'est encore l'histoire d'une femme suppliciée : son métier était de sevrer les enfants qu'elle faisait périr insensiblement sans cris ni douleurs, en employant les têtes de pavot.

Louyer-Villerman signale en 1827, à l'Académie de médecine, plusieurs cas d intoxication par les capsules de pavot. Plus loin, c'est une infirmière d'une maternité aux soins de laquelle étaient confiés neuf enfants nouveau-nés ; fatiguée d'avoir passé plusieurs nuits sans dormir, elle s'avisa pour les rendre tranquilles durant la nuit et pouvoir prendre elle-même quelques heures de repos non interrompu, de faire infuser une tête de pavot dans du lait chaud et sucré. Les neufs enfants dormirent si bien qu'on eut beaucoup de peine à ranimer huit d'entre eux et que le neuvième succomba.

Dans une étude médico-légale sur l'empoisonnement, Tardieu écrit en 1867 : « Les capsules « de pavot qui fournissent l'opium renferment, à « n'en pas douter, les alcaloïdes contenus dans « l'opium lui-même et ne doivent être employées « qu'avec une extrême prudence ; la science pos- « sède un très grand nombre d'observations dans « lesquelles de terribles accidents et quelquefois « la mort sont survenus à la suite de l'adminis- « tration imprudente de boissons ou de lavements

« préparés avec les capsules de pavot : les jeunes « enfants sont fort souvent victimes de l'abus « qu'en font les nourrices pour les endormir. »

Plus près de nous, Ogier, dans son traité de *Chimie toxicologique* (1899), parle également des infusions faites avec moins d'une tête de pavot ayant déterminé la mort chez de très jeunes enfants. Dans le *Traité de toxicologie* de Lewin — traduction de Pouchet, 1903 — on trouve la relation de la mort, dans l'espace d'une heure, d'un enfant d'un an après l'absorption d'une décoctio ı de trois têtes vertes de pavot.

Brouardel (*Les empoisonnements criminels et accidentels*, 1902), Chapuis et Vibert dans leur *Traité de toxicologie*, rapportent des faits analogues. Chapuis rappelle la sévérité du Code pénal autrichien, considérant comme un délit et punissant comme tel l'administration à un enfant en bas âge d'une décoction de pavot.

De ce qui précède, il résulte donc avec la plus grande évidence que l'absorption d'une décoction de tête de pavot est capable de provoquer, dans certains cas, la mort à brève échéance ; dans certains autres, des accidents très graves chez les nourrisons. Il importe donc d'empêcher de pareils abus si préjudiciables à la santé des jeunes enfants.

Si la loi sur la protection de l'enfance n'a guère d'action sur la mère élevant elle-même son enfant, du moins permet-elle une surveillance rigoureuse des femmes dont le métier et de soigner les enfants en bas âge. Mais là n'est pas encore le remède, car ces soigneuses officielles sont soumises à des visites régulières de médecins chargés du service des enfants assistés. Leur mission est de s'informer de l'alimentation donnée à l'enfant et de veiller à son élevage régulier.

Les soigneuses clandestines, au contraire, qui reçoivent chez elles, et sans déclaration préalable, des enfants en bas âge, peuvent à l'abri de toute inquiétude, exercer à leur aise leurs pratiques dangereuses, impunies parce que méconnues, elles restent absolument rebelles à toutes les théories modernes relatives à l'alimentation des nourrissons ; elles respectent les préjugés populaires, tant de fois condamnés, qui veulent qu'un enfant de quelques mois mange, comme ses parents, de la soupe, des légumes, boive du café, voire même de l'alcool et dorme convenablement la nuit grâce à la décoction de tête de pavot.

Voilà les femmes qu'il faut rechercher, dépister et condamner. Elles fauchent chaque année de nombreuses existences. Elles ont comme principales clientes les filles-mères, dont l'enfant est, la plupart du temps, une charge trop lourde, au-delà de leurs ressources et qui se débarrassent de leur nourrisson en l'abandonnant aux soins d'une mégère sans scrupules, experte en l'art de tuer lentement, mais sûrement les petits malheureux qu'on leur confie.

En second lieu, la réglementation de la vente des têtes de pavot s'impose comme une mesure indispensable, susceptible de mettre fin à des abus. Actuellement en France, les herboristes, les épiciers, les grainetiers, peuvent délivrer à quiconque les demande, des têtes de pavot ; rien n'est plus facile que de se procurer ce produit toxique. Si l'on pouvait relever le nombre des victimes, on resterait épouvanté devant les méfaits de la décoction de têtes de pavot et l'on se demande pourquoi ce péril, tant de fois signalé, n'a pas encore attiré l'attention des pouvoirs publics ?

L'exercice de la pharmacie, en France, est régi par la loi du 21 germinal an XI (11 avril 1803) et par les ordonnances et décrets des 29 octobre 1846, 8 juillet 1850, 28 septembre 1882 et 9 juillet 1890. Ces ordonnances et ces décrets désignent et réglementent les substances vénéneuses, qui ne peuvent être délivrées sans ordonnance médicale. Or, dans les tableaux de ses substances vénéneuses, on voit figurer l'opium et son extrait, mais on n'y voit pas figurer la matière première de l'opium, c'est-à-dire le pavot.

Nous estimons que si l'on veut supprimer cette cause de mortalité infantile par l'ingestion des décoctions du pavot, il est indispensable d'adopter les deux mesures suivantes :

1° Surveillance très sévère des garderies clandestines ;

2° Interdiction, par voie de décret, de la vente libre des têtes de pavot, par les pharmaciens, herboristes, épiciers, grainetiers. Les têtes de pavot, devraient figurer sur la liste des substances vénéneuses ne pouvant être délivrées que sur ordonnance médicale.

(*Revue d'hygiène et de police sanitaire.*)

HYGIÈNE DE LA VUE

La loupe binoculaire à la portée de tous.

Par M. le Dr Sexe (de Besançon),

Membre du Concours médical.

Il semble que l'homme, dès sa venue au monde, ait pour souci primordial celui de se rendre manchot de la main gauche ! Tout concourt à ce résultat paradoxal avec un ensemble et une méthode rigoureuse : depuis le lycée où le potache apprendra à écrire uniquement de la main droite, jusqu'à l'apprentissage du métier où l'outil sera manœuvré encore par cette unique main. — Droitier, gaucher, voilà des termes que ne connaissent pas les peuplades de l'Océanie, beaucoup mieux avisées que nous.

Et ce n'est pas seulement, hélas ! dans le seul domaine des mains qu'une coupable incurie nous amoindrit, c'est dans le domaine bien autrement important de la vue que cette funeste coutume exerce ses ravages ! Besançon et sa laborieuse population d'ouvriers horlogers offre à l'observateur un vaste champ de méditation sur le sujet qui nous occupe.

Une nécessité professionnelle pour eux, aussi bien d'ailleurs que pour d'autres professions (similaires par la ténuité des objets sur lesquels ils travaillent), est celle de l'emploi d'un verre grossissant d'une valeur dioptrique variant entre 12 et 20 dioptries. Ce verre, enchâssé dans une monture de corne circulaire, se fixe au pourtour de la cavité orbitaire par une contraction de l'orbiculaire à la façon d'un monocle : c'est le « migross », abréviation populaire et pittoresque du mot « microscope ».

Or, qu'arrive-t-il ? c'est que, instinctivement, l'ouvrier utilisera le meilleur de ses yeux pour posséder la vision professionnelle la meilleure et, par là, la plus rémunératrice. Il se passera

PATRONAGE MÉDICAL

BUT DE LA SOCIÉTÉ

Le **Patronage Médical** est une société civile en commandite.

La Société ne fait aucun acte commercial ; elle acquiert des actions, des titres divers de sociétés d'eaux minérales, d'établissements médicaux, etc. Les adhérents ne sont engagés que jusqu'à concurrence de la somme souscrite par eux.

Ils sont donc co-propriétaires de valeurs indivises au même titre que les nombreux et riches confrères, qui sont porteurs d'actions ou titres divers de sociétés comme Vichy, Châtel-Guyon, etc. Et de même qu'eux, ils recommandent ces eaux et établissements à leurs clients et amis, parce que la Société ne s'y est intéressée qu'après avoir constaté la preuve de leur valeur thérapeutique.

Les parts du Patronage Médical sont cédées au prix de 50 francs et donnent droit à :

1° La perception d'un dividende annuel, pour chaque part, dividende fixé par l'Assemblée Générale ;

2° La jouissance d'une pension viagère proportionnelle aux ressources de la caisse, pension fixée également chaque année par l'Assemblée Générale lorsque le titulaire aura réuni ces TROIS CONDITIONS : cinquante ans d'âge, dix années de participation au « Patronage » et abonnement permanent au journal *Le Concours médical* qui est l'organe de la Société ; (la retraite sera égale pour tous quelque soit le nombre de parts souscrites).

3° Enfin, pour la veuve ou les enfants mineurs, si le titulaire vient à mourir : *dès maintenant et après une année de participation*, une allocation de 300 francs, prélevée sur un fonds spécial dû à la générosité des premiers bienfaiteurs ; *plus tard et après 10 ans de participation* — dès que la chose sera possible —, une pension annuelle dont le montant sera déterminé par l'Assemblée Générale.

Pour les deux premiers exercices, les parts ont reçu un dividende de 7 %.

AVIS

Les certificats de propriété sont envoyés deux mois environ après le paiement de la souscription. Ces titres ne comportent pas de coupons, les dividendes afférents à chaque exercice sont envoyés par mandats-cartes payés au domicile de chaque sociétaire.

Les adhésions reçues après le 1er octobre ne participent pas au dividende de l'année.

Société civile « LE PATRONAGE MÉDICAL »

23, rue de Dunkerque, Paris (10e).

BULLETIN D'ADHÉSION

*Je soussigné (nom et prénoms)*____________________

*Médecin à*____________________*Département de*________

*né le*______________*à*______________*Département*________

déclare adhérer au « **Patronage Médical** » *et prie M. le Dr* MAURAT, *gérant de la Société, de me transférer*____________________*parts au prix de cinquante francs l'une.*

(*a*) 1° *Je joins à cette adhésion la somme de*____________
2° *Je l'autorise à faire toucher la somme de*____________
} **représentant le montant de ma participation**

____________________*le*____________________

(SIGNATURE)

(*a*) Prière de rayer le mode de paiement qui ne convient pas.

Envoyer ce bulletin au siège de la Société, 23, rue de Dunkerque, Paris.

alors un fait bien connu des oculistes : l'œil inactif, dans la suite des années, va peu à peu perdre de ses qualités visuelles ; le cerveau, ordonnateur des impressions reçues par les rétines, fait abstraction presque complète de celles que reçoit l'œil négligé. Or, supposons qu'à un moment donné un malheur frappe l'œil favorisé : l'ouvrier s'apercevra avec une douloureuse surprise d'une impotence absolue, au point de vue travail, de l'organe sur lequel il comptait pour remédier à sa mauvaise fortune.

Ces cas d'amère désillusion sont plus fréquents qu'on ne le pense ; j'ai souvenir d'avoir, à Belfort, il y a quelques années, examiné une fillette de huit ans, chez qui ses parents n'avaient remarqué qu'une légère « vue basse » pour laquelle ils me priaient de lui choisir des verres. En examinant la petite fille, je découvris une cécité presque complète de l'œil gauche, passée complètement inaperçue et des parents et de l'enfant. Il se passe dans ces cas curieux, si je puis me permettre une comparaison par analogie, ce qui a lieu dans les cas d'inertie prolongée d'un membre. Tout muscle, tout organe qui ne fonctionne pas, s'atrophie et a tendance à disparaître : c'est une grande loi naturelle à laquelle tout ce qui vit est soumis. Et pour les yeux, dans la vie courante, le procédé de suppression est encore plus visible. Peu à peu, l'organe se dévie soit en dedans, soit en dehors. Mais ceci ne regarde que les cas extrêmes, et la lésion peut être très appréciable au point de vue fonctionnel, alors extérieurement rien ou fort peu de chose ne transparaît. Que faire donc pour prévenir ou guérir pareil état de choses ? Un seul moyen pratique ; c'est de faire fonctionner dans le premier cas l'organe intéressé, d'y réveiller dans le second le désir ou la tentation d'y voir.

Je ne m'occuperai ici que du premier cas : faire fonctionner l'œil laissé de côté ; et, en ce qui concerne les horlogers, il n'y a qu'un procédé pratique : utiliser la vision binoculaire.

Cela dès maintenant nous amène à rejeter le vulgaire microscope monoculaire et à le remplacer par un binoculaire.

Divers systèmes existent déjà, mais plutôt compliqués et coûteux, et relevant plutôt du domaine du laboratoire que de celui de la pratique. Le problème consiste à faire voir à courte distance par les deux yeux en leur évitant un effort accommodatif et de convergence démesuré et ne pouvant par conséquent pas être soutenu pendant la durée d'un travail utile.

J'ai été mis sur la voie par un article paru dans l'*Ophtalmologie provinciale* il y a quelques semaines et traitant précisément de la lunette de Berger appliquée à l'ophtalmologie opératoire.

Cette description ne concernait qu'un instrument spécial, parfait, il est vrai, mais d'un prix trop élevé pour espérer jamais le voir adopter par la grande masse des travailleurs et même par une majorité médicale à laquelle il serait pourtant d'un usage fort utile en un assez grand nombre de cas.

Par ma profession, laquelle nécessite une acuité visuelle excellente et la vision parfaite de corps parfois ridiculement minuscules, j'ai combiné une lunette binoculaire d'un prix infiniment plus... démocratique, et pratiquement aussi utile que son aristocratique sœur parisienne.

J'ai pensé, après l'avoir réalisée, à signaler son application possible à la profession dominante dans notre ville, à l'horlogerie.

Elle respecte le principe fondamental, à mon sens, de la lunette de Berger, l'inclinaison des verres, sur un plan vertical. Le décentrage des verres, source de majoration de prix, pouvant parfaitement être suppléé par une diminution du diamètre du verre entraînant par là même un rapprochement des centres des deux lentilles.

Voici, au demeurant, la description de l'appareil très simple que tout un chacun peut faire construire à peu de frais pour son usage particulier et même faire modifier s'il le juge bon.

La monture est une simple carcasse de métal de celles forme « besicles » simple monture de lunettes comme en possèdent tous les opticiens ; l'écartement en est variable, chose essentielle pour le bon fonctionnement de la vision binoculaire. Les écarts entre les pupilles varient en effet d'après ce que j'ai pu remarquer dans ma pratique entre 50 et 67mm. Dans un seul cas, j'ai observé le chiffre de 48 mm. sur un enfant.

Cette monture donc, convenablement choisie à un écartement de centres juste équivalent à l'écartement pupillaire, recevra dans ses cercles non plus directement un verre, mais un « migross » de ceux-là mêmes dont nous parlions au début de l'article. La seule différence portera sur le nombre de dioptries, et, pratiquement, nous le fixerons, suivant en cela les auteurs qui nous ont précédé, à 6 dioptries environ. Ce nombre de dioptries suffit pour donner un grossissement très appréciable en même temps qu'une notion parfaite du relief de l'objet considéré.

L'inclinaison des deux convexes par rapport à un plan vertical forme un angle ouvert en avant et égal à 135 degrés, chiffre obtenu empiriquement par moi comme donnant une zone de vision binoculaire aussi étendue que possible.

Je recommanderais cette lunette binoculaire simplifiée, qui n'a, sous le rapport netteté, rien à envier à ses sœurs plus aristocratiques, mais présente, par contre, deux grandes qualités : la simplicité de construction, et le bon marché auquel peuvent se la procurer tous ceux dont, de temps à autre, les facultés visuelles doivent être renforcées temporairement.

1° En médecine : l'examen des lésions de la peau et des muqueuses, le diagnostic parfois délicat de certaines dermatoses sont facilités par le faible grossissement de ces lunettes. L'examen des cavités naturelles, nez, conduit auditif, aidé par le miroir de Clar, rend d'immenses services.

Et, en ophtalmologie enfin, ses services sont quotidiens ; la facilité avec laquelle il permet de localiser les lésions dans les plans divers et très rapprochés les uns des autres, le rend particulièrement excellent pour l'examen de beaucoup de lésions cornéennes. Pour l'ablation des corps étrangers de la cornée, l'examen du sol ciliaire, les inflammations conjonctivales, son emploi est de tous les instants.

Pour les dissections fines, les travaux d'histologie végétale ou animale, les menues préparations à l'aiguille que nécessite l'étude de la botanique et des organes floraux en particulier, cette lunette serait fort utile. Un défaut à lui signa-

ler, bien entendu, elle n'est point d'un format portatif et ne saurait sous ce rapport remplacer la loupe de poche de l'excursionniste. Elle a sa place marquée sur la table de travail où l'examen et l'étude des fleurs suit le retour de l'herborisation.

2° Elle aurait sa place sur l'établi de l'horloger, avec cet avantage encore sur l'ancien « mi gross » monoculaire que beaucoup d'horlogers, porteurs de lésions astigmatiques, pourraient remplacer le simple convexe de six dioptries par une combinaison du cylindre corrigeant leur défaut de forme oculaire avec le convexe précité. Ainsi, par le fonctionnement binoculaire de la vision, disparaîtraient ces multiples cas de parésie rétinienne dont maints de nos horlogers présentent la trace.

En nous résumant, le petit appareil signalé ici n'est autre qu'une réédition à bon marché (populaire, pour parler le langage commercial moderne), de coûteux instruments dont le prix seul eût suffi à empêcher la vulgarisation. Il est, à mon sens, utile de préconiser dans les professions à usage oculaire intensif l'usage exclusif de la vision binoculaire, et cet article a été écrit pour le rappeler à nos confrères, heureux si ces quelques lignes peuvent en engager certains à essayer pour eux-mêmes et à recommander cette façon de procéder à des malades aux yeux fatigués (à ce moment il est déjà un peu tard), ou mieux, préventivement, aux artisans jeunes ou adultes qui dans l'avenir n'auront qu'à se féliciter d'avoir adopté cette ligne de conduite.

(*Revue médicale de la Franche-Comté.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'internement des aliénés et la loi de 1838.

Nos ministres, plus obéissants envers *Le Matin* qu'aux requêtes provenant du corps médical, viennent de traiter en deux circulaires la question des garanties dues aux habitants des asiles d'aliénés.

Le Dr Pierre Boyer et le Dr H. Fauvel ne les avaient pas émus par leurs romans sensationnels que nous avons jadis signalés. M. Dubief lui-même, rapporteur de la loi qui doit un jour remplacer celle de 1838, ne parvint pas à faire régler la question pendant qu'il détenait un portefeuille.

Mais la grande Presse a parlé. Et M. Clémenceau de répondre aussitôt par lettre à ses préfets :

L'idée que l'un de nos semblables peut être indûment retenu dans un établissement d'aliénés est intolérable à la conscience humaine : il n'en est point qui soulève dans l'esprit public de plus vive et de plus juste émotion.

Sans aucun doute, les appréhensions de l'opinion publique sont le plus souvent mal fondées et si de telles séquestrations se sont produites, leur nombre ne peut être que très minime ; mais n'y eut-il, dans tous les établissements privés et publics de France, qu'une personne saine et, par abus ou erreur, soumise à ce régime, que le devoir s'imposerait à nous impérieusement de faire cesser, d'urgence, un tel scandale.

On a, sur plus d'un point, et non sans raison, critiqué la loi de 1838 ; en dehors même des garanties judiciaires définies par l'article 29, et en vertu desquelles, sur le pourvoi de l'intéressé ou de tout parent ou ami, le tribunal peut, après vérification, ordonner la sortie immédiate, les garanties administratives qu'elle offre au point de vue du respect de la liberté individuelle, ne seraient cependant point négligeables, si les articles qui les formulent étaient sérieusement appliqués ; il faut qu'ils le soient.

Les placements peuvent être, d'après le titre II de la loi de 1838, ou ordonnés par l'autorité publique, ou volontaires. Des premiers, vous êtes seul directement et personnellement responsable. C'est vous qui, d'office, ordonnez le placement dans le cas où vous estimez que « l'état d'aliénation de l'intéressé compromettrait l'ordre public ou la sureté des personnes », vos ordres doivent être motivés et énoncer les circonstances qui les ont rendus nécessaires ; ils sont inscrits sur un registre spécial. De plus dans le premier mois de chaque semestre, vous devez recevoir du médecin de l'établissement, sur chaque personne ainsi placée par votre ordre, un rapport indiquant l'état du malade, la nature de sa maladie, les résultats du traitement ; en suite de quoi, vous avez le devoir de vous prononcer sur chaque cas individuellement, d'ordonner le maintien dans l'établissement ou la sortie.

Tous les ordres de ce genre que vous formulez doivent être transmis au procureur de la République, au maire du domicile des personnes soumises au placement, et celui-ci en avise, sans délai, les familles ; vous devez, en outre, m'en rendre compte.

Je me plais à penser que, sur tous ces points, les dispositions légales sont strictement observées.

Mais votre attention doit se porter, spécialement, sur les placements dits « volontaires ». D'après l'article 8 de la loi 1838, tout directeur d'établissement privé ou public peut recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale si une demande d'admission lui est présentée, à cet effet, par un tiers, et si à cette demande est joint « un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer et indiquant les particularités de la maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée », à la vérité, ce médecin ne peut être parent ou allié, au second degré inclusivement, du chef ou propriétaire de l'établissement ou de la personne qui fera effectuer le placement ; mais cette réserve peut paraître une faible garantie contre certains abus possibles.

L'honorabilité du corps médical n'est pas en cause : elle est à mes yeux au-dessus de tout soupçon ; mais dans toute collectivité humaine nombreuse, des individus peuvent se glisser et la complicité directe ou indirecte, par intérêt ou par faiblesse, d'un médecin spécialement choisi à cet effet suffit pour qu'un crime soit tenté. Certes, le directeur de l'établissement peut, quel que soit le prix de la pension qu'on s'offre à payer, ne pas recevoir le prétendu aliéné qu'on lui présente, et l'immense majorité d'entre eux repousseraient rudement une telle source de profits. Mais la loi doit prévoir, surtout en si grave matière, les exceptions : aussi a-t-elle disposé, dans ses articles 8 et 9, d'une part, que le préfet doit recevoir, dans les vingt-quatre heures, avis de l'admission et copie du certificat médical qui a motivé celle-ci en même temps qu'un certificat du médecin de l'établissement ; d'autre part, que si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet doit, dans les trois jours, charger un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée, de constater son état mental et d'en faire rapport sur-le-champ ; il peut leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Vous assumeriez une bien lourde responsabilité,

si en toute circonstance vous ne veillez pas au respect absolu de toutes ces dispositions,

Ce n'est pas tout. Après l'admission, la loi de 1838 donne encore au préfet un pouvoir très étendu. Ce pouvoir est défini par l'article 16, et les moyens de l'exercer le sont par l'article 4.

L'article 16 prescrit que « le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés ». C'est là un pouvoir absolu, discrétionnaire, et c'est une contre-partie nécessaire de la facilité avec laquelle l'admission a pu être prononcée. Cette décision est indépendante de celle du médecin de l'établissement, prévu à l'article 13, c'est-à-dire que alors même que ce praticien aurait déclaré que la guérison n'est pas obtenue, le préfet peut, de sa propre autorité, s'il juge la décision de ce médecin contraire au droit humain, ordonner la sortie immédiate.

Comment, pour prendre une telle décision, le préfet s'informera-t-il ? L'article 4 y pourvoit. « Le préfet, y est-il dit, et les personnes spécialement désignées à cet effet sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés. Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position. »

On en doit conclure que s'agissant surtout de placements dits volontaires, dès que vous êtes saisi ou par la rumeur publique, ou par quelque tiers honorable, de réclamations ou simplement de doutes au sujet de la réelle aliénation d'une personne enfermée, et *à fortiori*, quand vous êtes en présence des protestations maintenues avec persévérance par des personnes dignes de foi et paraissant désintéressées, vous avez le devoir, par application de l'article 4, de vous rendre dans l'établissement d'aliénés, seul ou accompagné de tiers dont vous jugerez la présence utile à la manifestation complète de la vérité ; vous avez le devoir de vous faire présenter l'intéressé, de l'interroger ou de le faire examiner, de comparer les observations ainsi soigneusement recueillies avec les déclarations antérieurement produites par le médecin ou le directeur médecin de l'établissement, et, selon votre conscience, de prendre une décision.

L'accomplissement de cette tâche ne laisse point d'être chose délicate ; mais puisque nous trouvons ici la plus précieuse garantie administrative prescrite par la loi de 1838 contre les abus ou erreurs dont la liberté individuelle peut être victime, ce serait pour vous une inexcusable faute de ne pas donner à ces dispositions tutélaires leur plein effet.

Je vous invite expressément à faire de ces instructions votre règle de conduite dans l'avenir.

Pour aujourd'hui, je juge indispensable de dissiper d'urgence toute appréhension et de procéder à une sorte de bilan moral des établissements d'aliénés. Vous aurez, en conséquence, faisant une large et exceptionnelle application de l'article 4, à nommer immédiatement une commission composée d'un petit nombre d'hommes, dont l'honorabilité, l'impartialité, la sûreté de jugement et la compétence seront hautement reconnues, d'hommes inaccessibles au désir ou à la peur de soulever des polémiques et sachant faire le bien avec simplicité.

Vous lui conférez la mission de recueillir par les divers moyens que vous estimerez les plus efficaces, tous renseignements sur les aliénés placés volontairement dans les établissements privés et même publics, et spécialement sur ceux dont l'aliénation a été contestée, d'examiner avec le plus grand soin les protestations formulées à leur sujet, et attachant une particulière importance aux informations présentées par le médecin de l'établissement, mais sans les tenir pour décisives, de procéder à une enquête approfondie sur les cas qui paraîtront douteux.

Aucun médecin ne se plaindra d'une telle enquête; elle n'est et ne peut être redoutée par ceux qui ont conscience de leurs devoirs ; elle les délivrera même de suspicions qui, en généralisant à la suite de quelques incidents particuliers, deviennent gravement injustes et leur pèsent.

Si cette enquête, discrètement, mais minutieusement conduite, ainsi qu'il convient, ne révèle le maintien dans un établissement public ou privé d'aucune personne indûment retenue, il faudra se réjouir hautement d'une telle constatation. Si d'aventure, au contraire, elle aboutissait à la libération, ne serait-ce que d'une seule personne saine, et dont le maintien dans un établissement d'aliénés ne fut point justifié, chaque homme de cœur devra se féliciter d'avoir collaboré à une telle œuvre de justice.

Vous voudrez bien, Monsieur le préfet, m'accuser réception de la présente circulaire (qui devra être publiée dans le Recueil des actes administratifs de votre département), me tenir au courant de toutes les dispositions que vous aurez prises pour en assurer la stricte application, me signaler les incidents qui pourraient se produire, m'informer notamment, et sans retard, des difficultés par lesquelles certains directeurs d'établissements privés pourraient avoir la fâcheuse idée d'essayer d'entraver son exécution, et porter à ma connaissance, dès que cela vous sera possible, d'une part le nombre des placements volontaires d'hommes ou de femmes existant, à l'heure actuelle, dans les divers établissements privés ou publics de votre département; d'autre part, la liste des personnes que vous aurez désignées comme devant faire partie de la Commission.

Le Ministre de l'Intérieur.

M. le Ministre veut bien reconnaître que l'honorabilité du corps médical n'a pas à être mise en cause en cette affaire. Avec raison, il invite les préfets, comme M. Sarrien y invitait quelques jours plus tard les magistrats, à faire leur service dans l'application de cette loi de 1838, surtout à y faire leur devoir, ce qui n'est pas précisément fréquent, ni chez les uns ni chez les autres, car ils aiment peu le zèle et les histoires.

Mais d'autres que les ministres ont tenu aussi à dire leur mot.

M. le Dr Cazeneuve, député de Lyon, s'est ainsi exprimé dans une lettre au *Temps* :

Le régime des aliénés.

Au directeur du *Temps* :

Monsieur le Directeur,

Votre journal a mis en lumière, en quelques traits, sur quels points doit porter la revision de la loi de 1838 sur le régime des aliénés. L'importante et utile circulaire de M. Clémenceau en a été l'occasion. Voulez-vous me permettre d'ajouter quelques réflexions nécessaires ? Comme président du conseil général du Rhône, je suis de près le fonctionnement des services médicaux de notre grand asile d'aliénés de Brou, et membre, dans la précédente législature, de la commission chargée de mettre au point l'excellente proposition de loi Dubief, j'ai eu l'occasion de méditer bien des fois sur la refonte de la loi de 1838.

Tout cela pour plaider auprès de vous un bienveillant accueil dans vos colonnes.

J'en suis arrivé à cette conclusion qu'il n'est pas de proverbe plus vrai, plus scientifique, si je puis m'exprimer ainsi, que le suivant, souvent répété dans ces temps de discussion sur les problèmes sociaux : « Tant valent les hommes, tant valent les institutions. »

La clef de voûte d'un régime irréprochable pour ces malheureux aliénés, c'est le médecin. Avec le concours de médecins honnêtes et compétents, la loi de 1838 n'est pas si mauvaise que vous semblez le dire.

Que ce soit le pouvoir judiciaire qui statue sur l'internement ou la libération, ou bien l'autorité administrative, le médecin sera toujours le *deus ex machina*, l'expert dont le diagnostic guide irrévocablement la décision administrative ou demain guidera la décision judiciaire.

Les médecins chargés de diagnostiquer l'aliénation mentale sont-ils toujours compétents? Tout est là. Tant vaut le médecin, tant vaut la loi.

Comme dit M. Clémenceau dans son excellente circulaire, l'honorabilité du corps médical n'est pas en cause. Et je ne veux pas la mettre en cause. Rien n'est plus simple d'ailleurs, avec le mécanisme de la loi actuelle, de faire appel à l'opinion successive de trois médecins. La circulaire le rappelle. L'important est que ces médecins soient compétents.

Précisément formons-nous dans nos facultés de médecine suffisamment de spécialistes ? Mêlé à la vie intérieure pendant plus de vingt-cinq ans dans une de nos grandes facultés, je me permets d'en douter.

Que de médecins munis de leur diplôme de docteur sont incapables de diagnostiquer un cas d'aliénation mentale ! Et c'est à ce médecin incompétent qu'une famille, dans une petite localité, pourra demander le certificat de folie! Je sais qu'ensuite il y a le contrôle du médecin de l'établissement d'aliénés, puis du médedin de l'administration. Cela ne suffit pas.

Si un citoyen n'est pas fou, comme la femme de César, il ne doit pas même être soupçonné... de folie. Sa réputation, son crédit, dépendent de ce premier diagnostic, qui peut, dans une petite ville, le déconsidérer à jamais et ruiner son autorité.

La vérité est que le diplôme de docteur en médecine ne devrait pas suffire pour donner le certificat légal prévu par l'article 8 de la loi de 1838.

Et soit dit en passant, il ne faut pas réprocher à de jeunes docteurs de ne pas être des médecins aliénistes. Les sciences médicales ont pris un tel développement que chaque branche constitue à elle seule aujourd'hui une vaste science. Nos jeunes docteurs ont des clartés de tout, mais ils n'ont pas eu le temps, dans leurs quatre années d'études, de tout apprendre. Ils ne peuvent pas se spécialiser. Je parle pour la masse de nos élèves. La situation d'interne dans un service médical spécial est un commencement de spécialisation. Mais combien peu ont rempli les fonctions d'interne dans un asile d'aliénés !

On a créé à la faculté de médecine de Paris des études complémentaires pour former les jeunes docteurs à la pratique de la médecine légale, et à la faculté de médecine de Lyon on a organisé des études complémentaires pour que le jeune docteur approfondisse l'hygiène et soit à même de rendre de réels services dans la ville où il exercera, à l'occasion de l'application de la loi sur la protection de la santé publique.

S'il est une branche des sciences médicales où le jeune docteur en médecine devrait se spécialiser avant d'assumer la responsabilité de disposer de la liberté individuelle, c'est l'aliénation mentale. Croyez-moi, je mets le doigt sur le vice du système actuel, à propos des placements dits « volontaires ».

La loi devrait stipuler qu'un médecin véritablement aliéniste, et non pas un médecin quelconque, devrait statuer sur l'état mental d'un individu.

Quelle garantie doit exiger la loi du médecin pour qu'il ait toute compétence comme aliéniste ? Un règlement d'administration publique devrait le préciser.

Veuillez agréer, etc.

Docteur P. Cazeneuve,
député de Lyon,
professeur à la faculté de médecine.

Nous sommes d'accord au fond avec le distingué professeur de Lyon. Mais pourquoi ne parle-t-il jamais de placer *avant le doctorat*, les études spéciales qu'il réclame comme nous?

Cette tendance des maîtres aboutira à réduire à zéro la valeur de notre diplôme. Elle explique et légitime complètement la note ci-dessous, que nous relevons dans le *Petit Praticien* du mois de mai 1906, et qui émeut à juste titre tous les médecins du Nord... et d'ailleurs.

Facultés contre Praticiens.

Sur l'initiative des hommes qui mènent depuis quelques années la Faculté de Médecine, celle-ci a décidé, paraît-il, la création de diplômes supérieurs :

De Médecine légale,
D'hygiène publique,
et d'administration sanitaire !!!

Le but non déguisé de cette création serait de mettre la main sur :

Les expertises médico-légales,
Les accidents du travail,
Les vaccinations,
Les enfants assistés, etc., etc.
et cela, dès 1907.

On citerait déjà les noms des futurs bénéficiaires.

Comme une telle mesure est susceptible de compromettre gravement les intérêts des praticiens — que leur restera-t-il bientôt ? — nous prions nos correspondants de nous adresser les renseignements les plus précis afin qu'il soit utile de mener une campagne utile en saisissant les Syndicats et la Fédération.

Le danger serait d'autant plus grand que la Faculté de Lille ne serait pas la seule à marcher dans cette voie.

La santé publique et le budget des cultes.

La loi de 1902 a été dotée de ressources quelque peu problématiques; ainsi le veut l'habitude prise depuis une vingtaine d'années par le Parlement. On se chicane entre Etat, département et commune en se renvoyant les charges, et les médecins ont particulièrement appris que c'est là un excellent système pour ne pas payer ceux que l'on met en peine.

Pourtant le conseil général du Rhône vient de signaler aux municipalités de ce département une disponibilité de ressources prochaines et de leur en proposer l'emploi.

Il s'en exprime ainsi d'après le *Bulletin du Syndicat des médecins du Rhône*.

Vœu adressé aux municipalités du département au sujet de la répartition des fonds provenant du budget des cultes.

La loi de séparation des Eglises et de l'Etat a attribué aux communes les sommes rendues disponibles par la suppression du budget des cultes.

La répartition doit se faire sur le montant du principal de la contribution foncière non bâtie. Quand la loi de séparation aura son plein effet, c'est-à-dire dans huit ans, la somme à répartir sera, approximativement, de 37 millions de francs, sur laquelle la part du département du Rhône peut être évaluée à 387.756 francs environ.

Les communes sont libres de disposer de cette attribution comme elles l'entendent.

En conséquence, le Conseil général, considérant :

1° Qu'à défaut de l'existence d'un médecin dans les communes pauvres, le service médical ne peut-être assuré qu'imparfaitement par des praticiens résidant souvent à une grande distance, ce qui rend très élevé le coût de la visite.

2° Que par suite de l'élévation de cette dépense, la partie de la population peu aisée, mais non indigente, est privée de soins réclamés par certaines maladies bénignes à leur debut et qui ne tardent pas à devenir graves si le traitement approprié n'est pas prescrit en temps opportun ;

3° Que la loi sur l'hygiène publique ne pourra produire d'effets utiles qu'autant que ses prescriptions seront appliquées strictement, et qu'il convient, dès lors, de charger des praticiens compétents de donner aux populations des explications détaillées sur l'utilité de ces prescriptions et sur les règles de l'hygiène ;

4° Que la tuberculose fait en France des progrès effrayants et menace de décimer notre population ;

5° Que s'il convient d'aider aux louables efforts accomplis par les pouvoirs publics et l'initiative privée pour soigner à temps les tuberculeux, il importe encore davantage de chercher à enrayer ce terrible mal, en donnant, surtout aux habitants des campagnes, l'enseignement et les conseils propres à relever la santé publique ;

Emet le vœu :

Que les communes emploient les sommes qui leur sont attribuées sur le budget des cultes à assurer leur service médical et d'hygiène en subventionnant un médecin chargé de se tenir au moins une fois par semaine, à jour et heure fixes, à la disposition des habitants, qui auraient de ce fait à payer seulement une visite locale, les frais de déplacement étant couverts par la subvention communale.

Ce même médecin visiterait les habitations considérées comme insalubres, donnerait des conseils pour améliorer ces logements et ferait des conférences publiques sur l'hygiène dans les écoles, à la mairie du bourg et dans les hameaux.

Adopté à l'unanimité.

Le syndicat des médecins du Rhône a mis cette importante question à l'ordre du jour de sa séance du 11 juillet.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Association des médecins du Gers.

L'assemblée annuelle de l'Association des Médecins du Gers s'est tenue le 10 mai, *sous la présidence de M. le Professeur Lannelongue*, membre de l'Institut.

L'assemblée a adopté plusieurs vœux déjà votés par l'assemblée générale du Syndicat du Gers. Ce sont :

Une protestation contre le tarif Dubief des accidents du travail, spécialement contre la fixation du prix de visite à 1 fr. 50 sans indemnité kilométrique dans les limites de la commune pour les communes dont la population est inférieure à cinq mille âmes. Il est indispensable de grouper les réclamations écrites et de prouver que le tarif de la visite, même pour les ouvriers, avant 1891 et jusqu'à nos jours, était d'au moins 2 francs, l'indemnité kilométrique en plus, même dans les limites de la commune.

Un vœu concernant l'abus imminent de l'hospitalisation des accidentés du travail et demandant : que les médecins pour le traitement à l'hôpital aient le droit de demander aux patrons et Compagnies d'assurances les honoraires qui leur seraient dus, conformément au tarif spécial pour le même traitement à domicile.

Un vœu en faveur du libre choix du médecin dans l'Assistance médicale gratuite (loi de 1893 qui doit être modifiée dans le même sens libéral que la loi sur les accidents du travail).

L'Association y a joint un vœu en faveur de la loterie au profit des membres malheureux de la profession médicale.

(*Bulletin de la Fédération du Sud-Ouest.*)

N. D. L. R. — C'est sous la présidence de M. le professeur et sénateur Lannelongue qu'ont été prises les délibérations ci-dessus. Quand le groupe médical parlementaire va se reconstituer après les vacances, nous y aurons donc déjà des représentants décidés à lutter ferme pour la réalisation de nos vœux.

VARIÉTÉ

Nous soumettons aux réflexions de nos confrères les commandements qui ont été élaborés non par les syndicats ouvriers français, ni par les syndicats médicaux, mais par les syndicats ouvriers allemands ; certains de ces préceptes devraient être, avec les modifications de milieu, les commandements de tout médecin français.

Les commandements du syndiqué.

1. Tu ne dois pas croire que ton Syndicat n'est là que pour la grève, mais tu dois te persuader qu'il a aussi constamment d'autres fonctions à remplir.
2. Tu ne dois pas penser que ton Syndicat n'a aucune valeur, parce que ton idée n'y trouve point toujours l'écho que tu désires.
3. Tu ne dois pas attendre que ton salaire s'accroisse d'une façon notable, tant que tu n'auras pas versé pendant quelque temps tes cotisations au Syndicat.
4. Tu ne dois pas t'imaginer qu'on peut obtenir de hauts salaires avec de basses cotisations ; car avec peu de sacrifices, l'on a rarement fait quelque chose de grand.
5. Tu ne dois pas te dire : « Cela ira bien, sans moi, à l'assemblée, » car si chaque camarade se disait cela, — et c'est malheureusement trop souvent le cas, — les affaires syndicales s'en ressentent.
6. Tu ne dois pas, à l'assemblée, dire ton avis avant ton tour.
7. Tu ne dois pas, à l'assemblée, parler trop et parler de tout. Pense qu'il doit y avoir des pauses dans le plus beau morceau de musique.
8. Tu ne dois pas acheter de journaux capitalistes tant que les journaux ouvriers ont à lutter pour leur existence.
9. Tu ne dois pas te dire « un syndiqué » tant que tu ne lis pas un journal ouvrier, ou plus d'un, si cela t'est possible.
10. Tu ne dois pas oublier que les journaux ouvriers, lorsqu'ils ont été lus, doivent être don-

nés pour que d'autres les lisent. Les journaux ouvriers ont trop d'importance pour notre cause, pour qu'on les emploie à faire des paquets, surtout avant de les avoir lus.

11. Tu ne dois pas négliger les livres, les écrits qui t'éclairent sur les questions sociales, et t'indiquent la route de ton émancipation, pour lire des balivernes et souvent des sottises. La science sociale comprise par le travailleur améliore sa condition sociale.

12. Tu ne dois jamais oublier tout cela.

(Du *Journal des ouvriers en métaux d'Allemagne*).

CORRESPONDANCE

Le service médical au circuit de la Sarthe.

Le Mans, 8 juillet.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Le *Matin* publiait dans son n° du 29 juin une interview de M. le professeur Poirier et de M. le Dr Henri de Rotschild, au sujet du service médical du circuit de la Sarthe. Cette intervieiw contenait des inexactitudes telles que le Syndicat médical de la Sarthe a cru devoir les relever dans une lettre rectificative adressée au *Matin*. Ce journal n'ayant pas cru bon de l'insérer, le Syndicat médical de la Sarthe vous serait très obligé de bien vouloir publier cette protestation.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur en chef, avec nos meilleurs remerciements, l'assurance de nos très distingués sentiments.

Pour la Commission du Syndicat,

Le Président,

Signé : Dr Plu.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Nous avons lu dans le *Matin* que M. le professeur Poirier et M. le Dr Henri de Rotschild s'étaient attribué tout l'honneur d'avoir organisé et assuré le service médical de la course de l'A. C. F. sur le circuit de la Sarthe.

C'est là une assertion totalement inexacte. Le Syndicat départemental des médecins de la Sarthe tient à protester contre elle.

Ce qu'ont organisé MM. les Drs Poirier et de Rotschild, c'est le service médical aux tribunes officielles de l'A C F. C'est cela seul et pas autre chose.

Ceux qui, d'une façon effective, ont assuré le service médical, ce sont les 20 médecins de la région qui de 5 h. du matin à 5 h. du soir se sont répartis en 10 postes autour du circuit.

Ce sont eux, aidés de leurs confrères militaires du camp d'Auvours, qui, partant, ont donné les premiers soins aux blessés et aux malades, infiniment moins nombreux d'ailleurs qu'on ne l'a dit.

Ce sont eux qui ont secouru Teste et son mécanicien ; ce sont eux qui, dans le grave accident de Connerré, ont soigné la victime de M. Clément, une heure avant l'arrivée de MM. Poirier et de Rotschild ; eux encore qui ont eu à s'occuper du transport du blessé dans une clinique du Mans.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur en chef, l'assurance de nos sentiments distingués.

Pour la Commission du Syndicat départemental des médecins de la Sarthe,

Le Président,

Signé : Dr Plu.

Le traitement du hoquet.

Clermont-Ferrand, le 27 juin 1906.

Mon cher Confrère,

Je lis dans *Le Concours Médical* du 27 mai 1906 un article de mon confrère et ami le Dr Argellier, de Billom, qui indique un moyen pratique d'arrêter le hoquet.

J'ai expérimenté sur moi-même, et sur un certain nombre de mes clients, ce procédé, et n'ai eu qu'à me louer de cette thérapeutique avec laquelle j'ai obtenu de très beaux succès.

Permettez-moi cependant de vous signaler, sans enlever aucun mérite à la découverte de mon confrère, que j'avais déjà employé ce procédé avec succès, m'inspirant en cela d'un article du *Wien med. Zeitung* du mois de janvier 1890, dans lequel Josef M. Loebl rapporte un cas de hoquet rebelle qui a persisté pendant cinq jours consécutifs malgré les traitements les plus variés, et qui fut guéri par l'administration d'une cuillerée à café de sucre mélangée avec une cuillerée à café de vinaigre. Le hoquet cessa, en présence même du médecin, dès que le malade eut pris ce mélange. Le lendemain vers midi, le hoquet réapparut : le traitement fut répété avec le même succès.

Personnellement, j'estime que le morceau de sucre imbibé de vinaigre n'est pas agréable à mâcher, alors qu'avec l'ancien procédé on peut avaler la drogue d'un seul coup.

Veuillez agréer mes sentiments confraternels.

Dr Devernoix.

La réforme des études médicales.

Paris, le 21 juin 1906.

Mon cher confrère,

Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris s'intéresse fortement, vous le savez, à la question de la réforme des études médicales et à la représentation des médecins praticiens dans la commission qui doit étudier cette question. Aussi il a décidé de se maintenir en contact avec les différents groupements qui se sont déjà réunis dans une entrevue avec le ministre de l'Instruction publique. Il vous propose donc de le tenir au courant de tout fait nouveau qui pourrait se produire à ce sujet, comme il vous avertira de tout ce qui pourrait venir à sa connaissance pour que l'on puisse renouveler la démarche s'il y a lieu en temps opportun.

Il propose également qu'une commission soit nommée ayant pour but d'étudier et de fondre en un seul tous les différents projets qui sont mis en avant pour que nous puissions arriver en présence de la commission avec un programme sérieusement étudié que nous défendrions avec énergie.

Veuillez croire, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments confraternels.

Pour le Docteur Ducor,

Dr Piot,

Secrétaire adjoint du Conseil des Sociétés d'arrondissement de Paris.

Réponse. — Nous partageons absolument les désirs et les vues de nos confrères parisiens et croyons qu'il en est de même à l'Association générale et à l'Union des syndicats. Cette lettre nous fournit l'occasion d'émettre le vœu que l'Union des syndicats, qui a pris déjà l'initiative des démarches, provoque la constitution de la commission demandée par les Sociétés d'arrondissement de Paris.

L'assisté victime du travail.

27 juin 1906.

Mon Cher Directeur.

Un accidenté du travail répond à un de nos confrères qu'il ne saurait, étant indigent, lui payer la

part des honoraires du médecin que le Ministre du Commerce laisse à sa charge. Ce document prévu peut être utile devant la commission, et plus tard devant le Parlement. Si le blessé est un indigent, c'est l'assistance médicale gratuite qui doit avoir à supporter le supplément, et non le médecin qui doit le perdre. On dira vraisemblablement que le tarif Ministériel étant supérieur au tarif de l'assistance, le médecin n'y perd pas, mais c'est là un cercle vicieux. Pourquoi le médecin, qui ne participe pas aux bénéfices de l'industrie, participe-t-il aux pertes ?

Votre bien dévoué,
Dr de G.

Réponse. — Vous êtes bien exigeant, mon cher confrère.

Le Parlement a dit *qu'il ne voulait pas faire de philanthropie sur le dos du médecin.*

Et vous ne vous payez pas de cette bonne parole !

Les méfaits de la politique dans nos groupements professionnels.

Honoré confrère,

Je fais partie de l'Amicale depuis un certain temps. Lorsque j'ai fait ma demande, vous m'avez invité, selon les statuts, à entrer, au préalable, à l'Association du département. Je me suis fait présenter par deux confrères et j'ai été admis. Seulement je tiens à vous faire savoir que je ne veux pas continuer à faire partie de l'Association du département pour les raisons que voici :

Un confrère que je voulais amener au concours et à l'Amicale avait fait une demande en même temps que moi. Ce confrère a pour concurrent M. X., médecin et maire de la commune. Ce Dr X. ayant des convictions politiques différentes de celles du confrère en question, chacun manifeste de son côté. d'où malheureusement brouille entre les deux médecins et lutte assez violente. Ce Dr X., maire de sa commune, sachant que le confrère, son concurrent, a fait une demande d'admission à l'Association, s'empresse d'aller voir les membres du comité afin de protester contre sa candidature. Ce Dr X. déclare que son concurrent lui fit une guerre acharnée afin de lui enlever son poste de maire, invoque des raisons politiques qui ne sont que des représailles de la part du jeune confrère, mais des raisons politiques. De plus, fait plus important, le président de l'association invite le jeune confrère à venir s'expliquer devant le comité. Le confrère se présente au jour et à l'heure convenue et quel n'est pas son étonnement de voir qu'à peine arrivé, la plupart des membres du comité se lèvent impoliment sans entendre sa défense et disent tout haut au Président : « Vous savez, nous partons et nous votons contre. »

Vous comprendrez le fin mot de tout ceci quand je vous dirai que le confrère en question professe des idées politiques avancées et anticléricales. Or l'association et son comité manifestent des idées nettement opposées. Toute la question est là. N'importe, du moment qu'une association professionnelle tire argument de vues politiques pour refuser un confrère, je ne veux plus en faire partie. Voici deux autres faits qui ont encore contribué à m'éloigner de cette coterie. J'ai appelé un jour le président de l'association en consultation ; il ne s'est pas contenté de la consultation, il est venu à mon insu et en dehors de ma présence, revoir la malade. Le même fait se présente en ce moment pour un des confrères des environs qui a appelé en consultation un membre du comité.

Deuxième fait. Je me suis plaint auprès du président de l'association au sujet d'un pharmacien qui entre chez mes malades pour leur proposer des consultations gratuites, ma plainte est restée sans écho.

En résumé, honoré confrère, je tiens à faire partie de l'Amicale, je tiens aussi à profiter et à faire profiter ma famille, au besoin, des bienfaits de notre association. Aussi serais-je heureux, si je pouvais faire partie du groupement de Paris, soit de celui d'un autre département. Veuillez donc m'indiquer la marche à suivre dans ce but.

BIBLIOGRAPHIE

MANUEL DU CANDIDAT AUX GRADES DE MÉDECIN AUXILIAIRE ET DE MÉDECIN DE RÉSERVE, par MM. le Dr ANDRÉ LUCAS et E. JOSEPHSON, externe des Hôpitaux. (VIGOT frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. Un volume in-8° carré : 1.25.)

L'article 25 de la loi du 25 mars 1905 prévoit que les étudiants en médecine pourvus de 12 inscriptions et qui auront passé avec succès l'examen de médecin auxiliaire, accompliront, avec les avantages de ce grade, leur deuxième année de service.

C'est assez démontrer le grand intérêt que présente pour l'étudiant en médecine un examen spécial d'ordre technique militaire.

C'est dans ce but que les auteurs se sont efforcés de grouper dans un petit volume les différentes matières correspondant à l'examen. Un petit appendice succinct sur le concours aux places d'aide major de 2e classe dans le corps de santé des troupes coloniales, réservées aux médecins civils âgés de moins de 32 ans, termine ce travail qui, nous n'en doutons pas, rendra un réel service à MM. les étudiants et aussi aux médecins désireux d'embrasser la carrière de médecin des troupes coloniales.

LA CURE DE DÉCHLORURATION dans le mal de Bright et dans quelques maladies hydropigènes par le Dr Fernand WIDAL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Cochin et le Dr Adolphe JAVAL, lauréat de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart. : 1 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Dans cette *Actualité médicale*, le Dr WIDAL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, expose les principes et les applications de la cure de déchloruration dont il a été le promoteur, il y a quelques années. Cette méthode diététique qui a pour base la restriction des chlorures alimentaires, a été rapidement mise à l'épreuve et est d'une application courante.

En dehors du Mal de Bright, les régimes hypochlorurés ont trouvé leur application dans les cardiopathies, les ascites, les phlébites, les dermatites suintantes.

M. Widal expose d'une façon saisissante les résultats que l'on peut obtenir du régime déchloruré.

La pratique de la cure de déchloruration exige des notions préalables sur les besoins de l'organisme en sel, sur l'équilibre chloré et les rapports entre la chloruration et l'hydratation, sur l'imperméabilité rénale relative pour les chlorures, sur la nature des accidents relevant de la rétention chlorurée et sur les caractères qui les distinguent de ceux observés en cas de rétention azotée. M. Widal a donc commencé par étudier chacune de ces questions avec les développements qu'elle comporte.

Puis il passe à la pratique de la cure de déchloruration et termine son intéressante monographie par une étude détaillée de la composition des régimes déchlorurés.

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE, par le Dr Louis RÉNON, médecin de l'hôpital de la Pitié, Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. (Paris, Rousset, 1906. Prix : 1 fr. 50.)

Cette petite monographie est le résumé de trois conférences cliniques faites à l'hôpital de la Pitié sur le *Diagnostic précoce de la Tuberculose pulmonaire chronique.* Elle contient cinq chapitres. Dans le premier, M. Rénon traite de l'optimisme du tuber-

culeux qui vient encore ajouter aux difficultés du diagnostic. Dans le second et le troisième, il s'occupe des signes cliniques présentés par le malade, des petits signes de la tuberculose, et des méthodes de laboratoire. Le quatrième est consacré au diagnostic différentiel.

Le cinquième chapitre indique comment, dans la pratique courante, il est possible d'établir le diagnostic de la tuberculose tout à fait au début. Dans la séméiologie d'un cas à examiner, l'auteur montre les difficultés du diagnostic par l'auscultation, en raison de l'atélectasie pulmonaire nerveuse, rencontrée chez les malades atteints du syndrome névropathique.

Ce petit livre vient à son heure, au moment où l'Académie de médecine s'occupe de la déclaration de la tuberculose et où le diagnostic précoce de la maladie s'impose de plus en plus.

La médecine anecdotique, historique et littéraire, recueil à l'usage des médecins, érudits, curieux et chercheurs, par le Dr Minime, Paris, 1906, 3 vol. in-8 avec de nombreux dessins, gravures et fac-simile, sur papier velin. Prix, 40 francs ; chaque volume séparément, 15 fr. ; sur Hollande les 3 vol., 50 fr. (Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris, 6e.

Le *Docteur Minime* est bien connu des médecins érudits, surtout depuis la publication du *Parnasse hippocratique*, qui a fait les délices des bibliophiles. Les trois volumes qu'il publie aujourd'hui constituent un des recueils les plus curieux ; à côté d'histoires médicales plus ou moins gauloises se trouvent des reproductions de pièces anciennes, dont il n'existe que les rares exemplaires dans nos bibliothèques publiques.

Nous y trouvons la reproduction des estampes sur la *Prostitution à Venise* au XVIe siècle, dont un exemplaire unique appartient à un de nos plus érudits collectionneurs ; ces 12 planches forment une collection extrêmement précieuse.

Le poème de Bretonnay sur la *Génération de l'homme*, que peu de médecins connaissent ; les *Infames sous l'ancien régime*, par Paul d'Estrées ; le *Culte phallique* et la pratique de la circoncision de l'ancienne Egypte (planches très curieuses), constituent des reproductions d'œuvres rares et intéressantes.

Enfin, on trouve dans ces volumes le célèbre ouvrage de Lisset Benancio (Sébastien Collin) intitulé *Déclaration des abuz et tromperies que font les apothicaires* d'après l'édition princeps qui existe à la bibliothèque nationale. Non seulement cet ouvrage est fort rare, mais il n'a jamais été réimprimé depuis le XVIe siècle ; cette édition est en outre annotée et corrigée par un de nos bibliothécaires les plus érudits.

Si l'on ajoute que ces trois volumes contiennent près de 125 estampes, reproductions et fac-simile, on voit que le chercheur trouvera dans la *Médecine anecdotique* une ample provision de matériaux et que cet ouvrage rendra de grands services aux bibliophiles et à tous ceux qui aiment à collectionner des documents pour servir à l'histoire des temps passés et présents.

Terminons en disant que l'*anecdote croustillante* fourmille dans ces volumes, dont la lecture est à la fois intéressante et amusante.

Clinique et thérapeutique spéciales. Manuel du praticien (Henry Paulin et Cie, éditeurs). Deux forts volumes grand in-8° jésus avec 600 gravures vendus ensemble, brochés : 30 fr. ; cartonnés, 34 fr. Chaque volume vendu séparément, broché, 16 fr. 50 ; cartonné, 18 fr. 50.

Tome I : *Ophtalmologie* par F. Terrien, ophtalmologiste des hôpitaux ; — *Odontologie*, par M. Roy dentiste des hôpitaux ; — *Oto-rhino-laryngologie*, par Wicart, ancien interne des hôpitaux.

Tome II : *Chirurgie et orthopédie*, par Mouchet, ancien chef de clinique, assistant de chirurgie aux Enfants-Malades ; — *Maladies des voies urinaires*, par Cathelin, chef de clinique à l'hôpital Necker ; — *Gynécologie*, par Iselin, chef de clinique adjoint à l'hôpital Necker ; — *Obstétrique*, par Devraigne, ancien interne des hôpitaux ; — *Electrothérapie et radiothérapie*, par Delherm, ancien interne des hôpitaux.

Le Manuel de clinique et de thérapeutique spéciales, dont la destination est bien précisée par le sous-titre « *manuel du praticien* » qui l'accompagne, remplit certainement le but qu'il se propose et comble une lacune dans l'enseignement médical. De toutes parts, on se plaint que les spécialités de la médecine restent fermées à l'étudiant, au futur praticien dont les connaissances ont besoin de s'étendre avec le progrès de chaque jour, dont les moyens d'existence doivent s'augmenter avec les difficultés croissantes de la profession médicale. L'enseignement des Facultés, avec les ressources dont il dispose actuellement, est impuissant à satisfaire sur ce point les désirs légitimes de ceux qui veulent connaître les éléments des spécialités reposant sur des moyens d'exploration particuliers ; sur ce point, l'enseignement par le livre a surtout produit des manuels isolés, trop complets pour le médecin, formant un ensemble hétérogène, coûteux, volumineux capable de dérouter celui qui n'est pas familiarisé avec les spécialités médicales et qui n'a pas le loisir de recommencer ses études.

Mais voici un livre, véritablement écrit pour le praticien qui veut savoir un peu de tout et poser un diagnostic juste, sinon intervenir, dans tous les cas pathologiques de la clientèle ; cette publication est à la fois un programme d'études médicales spéciales et un livre de chevet à l'usage des médecins de campagne, de petites villes et des médecins militaires qui trop souvent doivent satisfaire seuls à tous les besoins des malades. Des livres excellents existent déjà pour la médecine et la chirurgie ; la série est complète avec la *Clinique et thérapeutique spéciales*, qui est certainement appelée à un très gros succès et qui rendra les plus grands services aux étudiants pour les guider dans leurs études et leur stage hospitalier, aux médecins pour leur donner rapidement, grâce aux nombreuses figures et au texte concis, les renseignements dont ils auront besoin chaque jour.

Le tome second qui vient de paraître (avant le premier) est un sûr garant des qualités de l'ensemble.

Il comprend l'*orthopédie*, la *pathologie urinaire*, la *gynécologie*, l'*obstétrique d'urgence*, la *radiothérapie*, l'*électrothérapie*. Tous ces sujets sont traités par des auteurs particulièrement compétents, exercés longuement par les consultations hôpitalières ; l'enseignement clinique qu'ils ont tiré de ces consultations imprègne toutes les lignes de l'ouvrage.

La chirurgie orthopédique traitée par A. Mouchet, ancien chef de clinique à la Faculté, assistant de chirurgie aux Enfants-Malades, est réduite aux justes proportions que permet une installation sommaire. C'est une revue claire et précise sur les principales *difformités congénitales* et *acquises*, et cette revue, heureusement aidée par une illustration abondante et soignée, fixe dans l'esprit du lecteur l'association précieuse de l'image de la difformité à côté de la description du texte.

C'est de la pure clinique. La thérapeutique complexe de l'orthopédie a été seulement indiquée dans la majorité des cas, pour être minutieusement décrite lorsqu'elle n'a besoin d'aucune opération chirurgicale ni d'installation particulière.

Les maladies des voies urinaires, rédigées par F. Cathelin, chef de clinique à l'hôpital Necker, pourraient s'intituler ici : l'*urologie dans la pratique journalière* ; c'est dire l'esprit extrêmement pratique qui a présidé à la rédaction de cette partie très importante pour le médecin. Un court résumé de l'anatomie des voies urinaires amène le lecteur à la compréhension des difficultés de l'exploration. La seule

indication des chapitres suffit à montrer tout l'intérêt de ce travail : *cathétérisme — anesthésie, antisepsie, et stérilisation dans les voies urinaires — principales techniques urologiques — technique des principales petites opérations d'urgence — examen des urines et technique de la coloration du gonocoque — les grands syndromes urologiques — du syndrome périnéal et diagnostic des affections du périnée — complications périurétrales et à distance de la blennorrhagie de l'homme et de la femme — des indications opératoires — petite thérapeutique appliquée — les diurétiques* (stations thermales, boissons, aliments) — *les positions en chirurgie urinaire — examen d'un malade urinaire — trousse d'urologie courante.*

La GYNÉCOLOGIE, écrite par A. Iselin, chef de clinique adjoint à l'hôpital Necker, constitue un point des spécialités particulièrement difficile à exposer suivant l'esprit du livre, la gynécologie constituant la plus large part de la chirurgie de ville et même des hôpitaux. Mais à côté de la « grande » gynécologie, il y a place, si on peut dire, pour la petite gynécologie, et c'est à la description de celle-ci que l'auteur s'est le plus attaché. Après avoir bien exposé l'*exploration* des organes génitaux, il conduit le lecteur dans la pathologie utéro-annexielle, avec les *symptômes fonctionnels* pour guide, de sorte que l'esprit, bientôt fixé sur la région malade, précise et réduit le travail qu'il s'impose pour établir définitivement le diagnostic à l'aide des *signes physiques* Ceux-ci, cliniquement groupés, forment un chapitre vraiment original.

Enfin l'étude détaillée de la *gynécologie courante*, des *instruments* qui lui sont nécessaires, des *indications opératoires* pour la petite et la grande gynécologie, complète un ensemble très intéressant parce qu'il a pu être adroitement limité.

L'OBSTÉTRIQUE, ou plutôt la *thérapeutique obstétricale*, est l'œuvre de L. DEVRAIGNE, ancien interne des maternités de la Charité et de Lariboisière. Il faut constater le bonheur avec lequel l'auteur s'est tiré d'un mauvais pas : écrire sur l'obstétrique, même pour le praticien, après l'enseignement *ex cathedra* qui est donné dans nos Facultés et publié dans tant de gros livres, était fort complexe, à moins de se décider à écrire le moins possible sur les sujets les plus détaillés ailleurs. En effet, la controverse et la théorie encombrent les traités que le médecin, appelé en toute hâte, voudrait rapidement consulter. Ici point de théorie, point de discussions, points de mots inutiles ; de la clinique et toujours de la clinique. *Diagnostic, indications, manuel opératoire,* tel est le titre de la première partie. *Pathologie de la grossesse, maladies de l'œuf, dystocie, hémorragies pendant la grossesse, et l'accouchement, opérations, puériculture* forment les titres de six autres parties qui se suivent dans l'ordre. La « conduite à tenir » domine toute cette étude et l'indication technique des seuls instruments nécessaires au médecin confirme davantage encore le désir de l'auteur de demeurer pratique avant tout.

L'ÉLECTROTHÉRAPIE et la RADIOTHÉRAPIE constituent les branches spéciales de la médecine qui sont peut-être les plus délaissées par les praticiens à cause du prix des appareils qu'on croit indispensables, à cause des notions de physique et de physiologie qu'on suppose devoir être très grandes même pour de simples applications. L. DELHERM, ancien interne des hôpitaux, en exposant ces éléments d'électrothérapie et de radiothérapie, a su éloigner ces craintes de l'esprit du lecteur. Grâce à lui, le médecin n'hésitera pas à faire quelques applications électriques par des procédés simples et peu coûteux et à conseiller utilement ses malades pour les cas complexes dans lesquels il verra les indications ou les contre-indications de l'emploi de l'électricité ou de la radiothérapie. Après avoir décrit les *unités électriques*, les *principales modalités utilisées en médecine*, le *matériel électrique du praticien*, *et ce qu'il peut en faire*, les *éléments d'électro-diagnostic*, l'auteur passe en revue les affections de chaque organe qui peuvent bénéficier de ces méthodes thérapeutiques. Là, comme dans toutes les autres parties du volume, on trouve une illustration abondante et soignée, qui constitue un des points les plus intéressants de ce livre essentiellement pratique.

REPORTAGE MÉDICAL

Enfants Anormaux. — Institution familiale pour le traitement et l'éducation des enfants anormaux, Château des Buttes, 12, avenue de Ceinture, à Créteil (Seine), *Parc de 40.000 mètres.* Directeur : M. QUINQUE ✠, au château des Buttes, à Créteil (Seine) Médecin: Dr BÉRILLON ✠, 4, rue de Castellane (Paris).

L'institution familiale est une école de culture physique et mentale où les méthodes psychologiques les plus modernes, sous la direction du Dr BÉRILLON, médecin en chef du Dispensaire pédagogique, médecin inspecteur des asiles d'aliénés, sont utilisées pour le traitement des enfants anormaux, retardataires, instables, indisciplinés ou nerveux des deux sexes.

La guérison des tics, de l'onychophagie, de l'incontinence d'urine, des habitudes impulsives et des défauts du caractère y est rapidement obtenue par les applications de la méthode hypno-pédagogique.

Les exercices scolaires ont lieu sous la direction de M. QUINQUE, professeur spécial pour enfants anormaux. Le développement physique est également l'objet de soins particuliers.

Les enfants répartis en sections distinctes, selon leur âge et leurs aptitudes intellectuelles, mènent à l'institution une existence familiale.

Lawn-Tennis. - Cure d'air. - Gymnase. - Hydrothérapie complète.

Moyens de communication : Station de Saint-Maur-Créteil (Ligne de Vincennes). Tramway de la place de la Concorde à Créteil-Banneuil. Tramway du Louvre à Créteil (descendre des Tramways à l'avenue La Ferrière et prendre l'avenue de Maisons).

Congrès de l'Association Française pour l'avancement des Sciences. — Le Congrès annuel de l'Association française pour l'avancement des Sciences se tiendra à Lyon du 2 au 7 août prochain, sous la présidence de M. Lippmann, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne ; le vice-président est le Dr Henrot, directeur de l'école de Médecine de Reims, correspondant de l'Académie de Médecine.

Il y aura trente-trois ans, jour pour jour, que s'ouvrait dans cette ville, après l'éclatante réunion de Bordeaux, le deuxième Congrès présidé par de Quatrefages. Un grand nombre de savants qui ont pris part à cette grande fête scientifique (les Congrès étaient plus rares à cette époque) ne sont plus : Balard, Baillon, Cl. Bernard, Broca, Cornu, Dumas Friedel, Mangini, Ollier, Wurst, pour ne citer que les plus connus.

Les Sciences médicales furent, dans ces premières sessions, brillamment représentées, et l'on se souviendra—ce qui offre un certain intérêt en les rapprochant des travaux récents de MM. Calmettes et Roux—que ce fut à ce Congrès que le professeur Chauveau, alors directeur de l'Ecole vétérinaire de Lyon, procéda à des expériences sur la trasmissibilité de la tuberculose par les voies digestives et rendit témoin de ses premiers résultats les membres de la section médicale, présidée par Benedict Teissier.

Au Congrès d'août prochain les Sciences médicales (médecine, hygiène, électricité médicale, odontologie) seront aussi brillamment représentées. Les présidents de ces sections ont mis à l'ordre du jour un grand nombre de questions d'actualité dont les rapports seront mis en distribution avant l'ouverture de la session. M. le professeur Teissier, président de la section des Sciences médicales, s'est assuré le concours de la plupart de ses collè

gues de la Faculté de Lyon et d'un grand nombre de savants étrangers, parmi lesquels nous pouvons citer comme ayant accepté l'invitation de la ville et du comité local ; MM. Fouquet, du Caire; Henrijean, de Liège; Forel, de Morges; Mariani, de Pérouse ; Maragliano, de Gênes ; Bourget, de Lausanne ; Kossel d'Heidelberg, Rubino, de Naples ; Lydtin, de Baden ; Roux, de Lausanne ; Aug. Reverdin de Genève, etc.

Voici la liste des questions proposées pour la discussion dans les sections et les noms des rapporteurs. Signalons également les questions mises à l'ordre du jour de la 15ᵉ section (enseignement et pédagogie) présidée par le Dʳ Bérillon.

1° Le problème des enfants anormaux, traitement et assistance ;

2° Les enfants turbulents procédés pédagogiques applicables à ces enfants ;

3° L'éducation du caractère à l'école primaire et au lycée.

12ᵉ *Section* (Sciences médicales). — Président Dʳ Teissier professeur à la Faculté de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, correspondant à l'Académie de médecine, 7, rue Boissac, Lyon.

Questions à l'ordre du jour. — 1° La Syphilis. — Pathogénie expérimentale. — Rapporteur : M. le Dʳ Nicolas, chargé du cours de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Lyon.

Prophylaxie et réglementation. Rapporteur : M. le Dʳ Manquat, agrégé au Val-de-Grâce, à Nice.

(Pour cette question, la section des sciences médicales se réunira à la section d'hygiène.)

2° Influence des rayons X sur le sang. Traitement des maladies hématopoiétiques. Rapporteurs : M. Belot, de Paris, et M. Barjon, médecin des hôpitaux de Lyon.

3° Les courants de haute fréquence. Influence sur la tension artérielle. Traitement de l'hypertension et, accessoirement, traitement du diabète. Rapporteurs : M. le professeur Doumer, de Lille, et M. Chanoz, docteur ès-sciences, chefs des travaux de physique médicale à Lyon.

(Pour les quèstions 2 et 3, la section des sciences médicales se réunira à la section d'électricité médicale.)

4° Le phénomène de l'agglutination (valeur diagnostique et pronostique chez les tuberculeux). Rapporteurs : M. le professeur Ferré, de Bordeaux, et le Dʳ Paul Courmont, agrégé, médecin des hôpitaux à Lyon.

5° Essais d'immunisation antituberculeuse. Rapporteurs : M. le professeur Rappin, de Nantes, et le Dʳ F. Arloing, de Lyon.

Conférence du Professeur Maragliano, de Gênes.

6° Pathogénie des ankyloses et particulièrement des ankyloses vertébrales. Rapporteurs : M. le professeur Poncet et M. Leriche, de Lyon; Dʳ Léri, de Paris.

7° Tuberculose du gros intestin. Indications de l'intervention chirurgicale. Rapporteurs : Dʳ L. Bérard, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Lyon et le médecin-major Loison, agrégé, au Val-de-Grâce (hôpital militaire de Versailles).

13ᵉ *Section* (Electricité médicale). Président : M. le Dʳ Imbert, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Questions à l'ordre du jour. — Influence des rayons X sur le sang : traitement des maladies des organes hématopoiétiques.

Rapporteurs : MM. Belot, de Paris, et Barjon, de Lyon.

Les courants de haute fréquence. Influence sur la tension artérielle.

Traitement de l'hypertension.

Rapporteurs : MM. Doumer, de Lille, et Chanoz de Lyon.

Pour l'étude de ces questions, la section d'électricité médicale sera réunie à la section des sciences médicales.

14ᵉ *Section* (Odontologie). Président : M. le Dʳ Frey, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École dentaire, 99, boulevard Haussmann, à Paris.

1° Sur les causes de la carie dentaire dans les différentes régions de la France.

2° Sur les manifestations dentaires de l'arthritisme.

3° Sur les ciments-porcelaine.

4° Sur les articulateurs.

19ᵉ *Section.* Hygiène et Médecine publique. Président : M. le Dʳ Courmont, professeur à la Faculté de médecine, 34 quai de la Charité, Lyon.

1° Le dispensaire antituberculeux de Lyon (type d'organisation pouvant se réaliser dans toutes les grandes villes).

Rapporteurs : MM. André et Lesieur.

2° Du rôle des urines typhiques dans la propagation de la fièvre typhoïde.

Rapporteur : M. Lesieur.

3° Stérilisation des eaux potables par l'ozone.

Rapporteur : M. Lacomme.

4° Résultats que peut produire un bureau municipal d'hygiène (15 ans de fonctionnement à Lyon).

Rapporteur : M. Roux.

Le Congrès s'ouvrira le 2 août ; le dimanche 5 août aura lieu une excursion dans les monts lyonnais (Charbonnières, Limonest, Mont d'Or et la vallée de la Saône, de Neuville à Lyon.)

A la clôture de la session, 7 août, une excursion de trois jours permettra aux congressistes de visiter une des plus belles régions du Bugey et de la Savoie (vallée de l'Albarine, gorges du Fier, Annecy et son lac, le Fayet, Saint-Gervais, Chamonix)

Les Compagnies de chemins de fer français accordent une réduction de 50 0/0 avec validité des billets du 30 juillet au 20 août.

Pour profiter de ces avantages et participer aux visites industrielles, promenades et excursions, il faut être membre de l'Association.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente ; moyennant une cotisation de 20 francs on devient membre annuel ; moyennant 200 francs, membre à vie. Les membres fondateurs doivent verser une cotisation de 500 francs.

Les membres de l'Association reçoivent les comptes rendus du Congrès (2 vol. in-8), publiés dans les mois qui suivent la réunion.

Banquet en l'honneur du Docteur Bérillon. — Mardi, un banquet de plus de 200 couverts réunissait au Palais-d'Orsay, sous la présidence de M. Bienvenu-Martin, sénateur, ancien ministre de l'instruction publique, les amis et les collaborateurs du docteur Bérillon, désireux de lui témoigner leur sympathie à l'occasion de sa récente nomination dans la Légion d'honneur.

Au dessert, des toasts furent portés par le docteur Paul Farez au nom des collaborateurs de la *Revue de l'hypnotisme*, fondée par le docteur Bérillon il y a vingt ans ; par MM. Paul Magnan, Saint-Yves Ménard, Archambaud et J. Voisin.

Ensuite des allocutions très applaudies furent prononcées par M. Achille, vice-pésident du Conseil municipal de Paris ; par M. le docteur Aubeau, par M. Féron. député de la Seine. par M. Gréhant, professeur au Muséum, par M. le Professeur Albert Robin. le docteur Huchard enfin par M. Bienvenu-Martin.

A la fin du banquet, un magnifique bronze, le *Vainqueur*, de Mariotton, fut offert au docteur Bérillon qui exprima ses remerciements dans des termes qui ont recueilli tous les suffrages.

Parmi les convives, nous devons mentionner MM. Hallopeau, Pédebidou, Balzer, Bouvier, Godon., Scié-Ton-Fa, attaché d'ambassade de Chine; Lionel Dauriac, Rocheblave, Fiessinger, Dabat. de Saint-Arroman, de Groer (de Saint-Pétersbourg), Lassus et Dyvrande, procureurs de la République ; Feuillade (de Lyon), Valentino et J.-A. Fort, que M. Bérillon salua comme le vétéran de l'enseignement libre.

Le Directeur-Gérant : **Dʳ H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année N° 29 22 JUILLET 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

Nous avons le vif regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de **M. le Dr DUPONT**, *secrétaire de la Direction du* Concours Médical.

Notre excellent confrère, après avoir longtemps exercé la médecine rurale en Seine-et-Oise, devint médecin de la marine marchande et entreprit de nombreux voyages, notamment au Brésil où sa santé fut sérieusement compromise. Nous perdons en lui un collaborateur dévoué, et ceux de nos sociétaires qui s'adressaient à son expérience, perdent un conseiller aussi complaisant que prudent, qui sera unanimement regretté.

Puisse cet hommage mérité rendu à notre excellent confrère et ami apporter quelque adoucissement à la douleur de sa veuve et de ses frères.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION.

PROPOS DU JOUR

Le Poker mutualiste.

La question de la mutualité doit, au cours des vacances, retenir toute l'attention des Syndicats médicaux. Pendant la session parlementaire, les députés ont été sérieusement « chambrés » par les grands mutualistes, qui rêvent de créer un Etat dans l'Etat. Maintenant que nos législateurs sont de retour au milieu de leurs électeurs, les Syndicats médicaux doivent en profiter pour tenir leurs assemblées et y amener les députés de leur région. La question est pressante, brûlante même ; car les mutualistes, après une campagne de banquets,ont fait sommation à M. Lourties de déposer dès la rentrée d'octobre, son rapport au Sénat sur les modifications à apporter à la loi qui régit les S. S. M.

Quelques personnes qui se sont procuré de grosses prébendes en se disant Mutualistes forcenés, voudraient que l'on accordât de sérieux avantages pour des retraites ouvrières à ceux qui entrent dans les mutualités. Ils espèrent ainsi attirer en grand nombre les ouvriers dans ces sociétés, et en conséquence augmenter l'influence politique de leurs présidents. Que si, au contraire, la loi sur les retraites ne favorisait pas les mutualistes, leur nombre irait en diminuant, les ouvriers trouvant, en dehors de la Mutualité, la garantie d'une retraite, et l'assurance contre la maladie.

Les syndicats ouvriers et leurs députés ont peu de sympathie pour les sociétés mutuelles, généralement dirigées ouvertement ou en sous-main par les chefs d'industrie. Ils se disent, non sans quelqu'apparence de raison, que ces Sociétés, où on les oblige souvent à entrer, avant de leur ouvrir la porte de l'usine qui les fait vivre, ne sont le plus souvent qu'un organisme à l'aide duquel le patron prolonge sa surveillance au-delà de l'atelier, jusqu'à leur domicile, par l'intermédiaire du médecin que la Société leur impose comme le médecin du régiment. Ils craignent que ce médecin, à la merci du président de la Société, qui peut le congédier sans explications, ne soit obligé de fournir des certificats, des rapports qui mettent le patron au courant des secrets les plus intimes de leur existence.

Si les chefs d'industrie, les présidents des sociétés n'étaient pas obsédés par ce désir d'avoir dans leurs mains et à leur merci toute une police médicale,la mutualité serait moins antipathique aux ouvriers, aux employés et aux médecins eux-mêmes qui répugnent au rôle qu'on veut leur faire jouer.

Il est non moins certain que sur la question des retraites ouvrières, du « livret individuel » et du « libre choix du médecin », il existe une divergence d'opinions très nette entre les mutualistes qui entrent dans ces sociétés par esprit de prévoyance et ceux qui les fondent pour y trouver une influence ou une agence de renseignements.

Si un referendum était établi sur la question du libre choix du médecin, il n'est pas douteux qu'il y aurait une majorité écrasante en sa faveur. Si l'opinion de la troupe mutualiste est à peu près unanime sur ce point, par contre, l'entente est loin d'être parfaite entre les chefs qui ont quelqu'autorité pour parler au nom des mutualistes.

M. Lépine, l'auteur d'un travail récompensé en 1903 par le Ministre du commerce, M. Lépine, l'auteur du livre : « La Mutualité », ouvrage fort apprécié par M. Loubet (le premier mutualiste de France), a lumineusement démontré que le libre choix du médecin par le mutualiste malade devrait être franchement accepté comme le seul procédé compatible avec le respect dû au malade et comme le meilleur moyen pour mettre un terme aux difficultés contre lesquelles se débattent celles des sociétés de secours mutuels qui ne se sont pas encore décidées à le mettre en pratique.

Or, en la circonstance, l'opinion de M. Lépine ne saurait être considérée comme négligeable, car en dehors de l'autorité que lui donnent les travaux dont nous venons de parler, il est encore le directeur de *L'Educateur mutualiste*, journal qui a été accueilli dans les termes les plus bienveillants par le *Journal de la société de statistique de Paris* et par le « *Bulletin de l'Institut des actuaires français* ».

Même sur la question du rôle des mutualités pour le service des retraites ouvrières, l'accord est loin d'exister entre ceux qui veulent diriger ces sociétés. Il me souvient d'avoir lu dans *Le Journal* le 1er avril 1905, que M. Sarraute, de Toulouse, s'expliquant « sur le rôle un peu outrancier de M. Mabilleau » déclare que « les mutualistes ne peuvent pas sans protester se laisser entraîner par M. Mabilleau », « qu'un préjudice réel est causé à la mutualité », que « les mutualistes sauront quand il le faudra se dégager des combinaisons dangereuses que l'on improvise et dans lesquelles on les entraîne sans leur consentement ». En ce qui concerne le livret individuel, il s'agit de savoir si le mutualiste restera par « le fonds commun » attaché à sa société comme le serf l'était à la glèbe, sans pouvoir, sous peine de perdre tous ses droits à la retraite, aller à une autre société ; ou si au contraire, grâce à la généralisation du « livret individuel », il pourra sortir d'une société réactionnaire et routinière en emportant avec lui tous ses droits ; et sans rien perdre de ses sacrifices antérieurs, s'affilier à une société plus libérale et plus respectueuse des droits imprescriptibles du citoyen. A ce sujet, M. Guyesse, ancien ministre, dit à la mutualité « qu'elle fera mieux de réformer ses méthodes techniques par l'adoption du « livret individuel ».

Mais j'entends déjà des confrères me dire : « Laissez-nous tranquilles avec les retraites ouvrières et le livret individuel ; à nous mêler de ce qui ne nous regarde pas, nous n'avons que des ennuis à attendre. »

Sans doute si les sociétés de secours mutuels ne nous enlevaient pas chaque jour nos clients pour les envoyer chez leurs médecins, si elles leur reconnaissaient le droit et leur fournissaient le moyen de conserver en entrant dans la société, le médecin qui les a soignés jusqu'au jour où ils sont devenus mutualistes, nous pourrions garder notre indifférence de médecins, devant ces questions. Mais si au contraire, les sociétaires de ces associations n'arrivent pas à secouer le joug de ceux qui veu-

lent non les défendre, mais devenir leurs maîtres, si l'esprit de caporalisme continue à dominer dans les sociétés mutuelles, ne voyez-vous pas que tout ce qui favorisera leur développement sera nuisible aux médecins et aux malades dont l'indépendance deviendra de plus en plus restreinte. Voilà pourquoi les médecins ne peuvent pas, ne doivent pas se désintéresser de ces questions pourtant extra-médicales de la mutualité. Si les mutualités veulent être respectueuses des libertés de leurs adhérents et des droits de leurs concitoyens, les médecins n'ont pas à s'opposer aux mesures qui faciliteront leur développement. Si, au contraire, elles veulent persister dans leur système militariste et inquisiteur, les médecins doivent éclairer les députés qui peuvent se laisser prendre par une audacieuse réclame, qui, sous le couvert d'une fausse philanthropie, masque l'organisation d'une ligue dangereuse pour les libertés publiques. Jusqu'à ce jour les mutualistes pouvaient prendre leurs médicaments dans un certain nombre de pharmacies ou chez les 1500 médecins de campagne autorisés à faire de la pharmacie, et qui ne peuvent vivre dans les villages éloignés qu'en faisant de la pharmacie. Aujourd'hui la puissante mutualité a créé *une seule* pharmacie pour chaque région déterminée. Au moins jusqu'à ce jour, ces pharmacies mutualistes pouvaient encore se fournir chez les droguistes de leur choix. Mais voilà que des mutualistes de Saint-Ouen organisent *une seule droguerie* à laquelle devront s'adresser toutes les pharmacies mutualistes.

Peut-être la caisse des mutualistes fera des économies, mais que deviendra la liberté du malade. Il faut qu'il ait confiance dans le médecin que la mutualité lui a choisi, il faut qu'il trouve bien faite la préparation qui sort de la pharmacie mutualiste, il faut qu'il trouve excellent le produit pharmaceutique fabriqué à la droguerie mutualiste. Après le médecin mutualiste, et le médicament mutualiste, il y aura le boulanger mutualiste, le cordonnier mutualiste. Est-ce pour restreindre ainsi la liberté des citoyens, pour faire concurrence aux commerçants patentés que l'Etat donne des subsides à ces congrégations dites de prévoyance.

Ce qui est plaisant, c'est de voir que ces personnalités qui veulent ainsi enrégimenter leurs concitoyens sont précisément celles-là qui invoquent avec le plus d'énergie, à propos des retraites ouvrières, le droit pour chacun de choisir la caisse qui lui servira sa retraite. Ils prétendent en militarisant leurs concitoyens pendant leur vie entière, et jusque dans leurs actes les plus intimes, les sauver de l'horreur du collectivisme qui ferait de la société une vaste caserne, alors qu'eux en font une geôle !

En réalité, les mutualités ne sont plus aujourd'hui des sociétés de secours : car par leurs procédés tyranniques, elles ont effrayé les ouvriers qui s'en éloignent lorsqu'ils peuvent résister à la pression faite par les chefs d'usine qui emploient tous les moyens pour les embrigader. Et d'autre part, elles comptent parmi leurs adhérents un très grand nombre de personnes disposant d'un budget de plus de quatre mille francs, bien plus fortunés, ainsi, que beaucoup de médecins, lesquels elles ne rougissent pas d'exploiter en leur demandant l'aumône le couteau sur la gorge.

Elles ne sont pas davantage des sociétés d'assurances, car elles perçoivent des primes insuffisantes pour les risques qu'elles promettent de couvrir.

Elles sont simplement des groupements d'électeurs, ou *des syndicats de malades*, pour la plupart aisés et avares, que dirigent des habiles trop enthousiastes pour n'être que des philanthropes. Leur coalition a ruiné les honnêtes pharmaciens, réduit à la détresse les médecins soucieux de leur indépendance nécessaire. Aujourd'hui la droguerie est visée, demain elles exproprieront les petits commerçants.

Les modestes employés qui entrent dans ces sociétés, parce que l'Etat ne leur offre aucune assurance contre la maladie, n'y trouvent quelques maigres avantages qu'au prix du sacrifice de leurs libertés les plus sacrées et des droits les plus imprescriptibles du citoyen.

Si ces trusts de consommateurs de soins médicaux sont licites, il est tout naturel que les syndicats médicaux producteurs de ces soins cherchent à se défendre. Si ces deux adversaires n'arrivent pas à s'entendre, l'Etat peut intervenir en arbitre impartial. Mais il est au moins surprenant que l'Etat ne reste pas neutre, et emploie une part du produit des impôts et patentes à subventionner des sociétés qui font la guerre aux patentés. C'est au moment où les impôts des médecins vont être augmentés, c'est alors que les salaires des domestiques nécessaires aux médecins vont en progressant, que ces sociétés se liguent entre elles et nous imposent des salaires de famine pour soigner les membres de l'Union du commerce ou d'autres semblables qui ont des situations de quatre à dix mille francs par an.

Si on laisse ces organismes se développer avec cette mentalité, s'il est vrai que, dans cinquante ans, la mutualité possèdera un trésor de deux milliards, elle constituera, à cette époque, la plus dangereuse des congrégations.

La preuve que les mutualités ont surtout pour but de grouper des électeurs et surtout d'exploiter médecins et pharmaciens, c'est que les retraites qu'elles payent, et pour lesquelles elles font tant de réclame, varient de 35 à 100 fr., retraite dérisoire, incapable d'empêcher un malheureux de mourir de faim.

Déjà se manifeste leur esprit intransigeant et sectaire. En effet, pour effrayer les syndicats médicaux qui osent résister aux exigences de la mutualité pressée d'acquérir ses deux milliards en tondant les médecins, la mutualité, dis-je, nous menace de faire abroger la loi qui reconnaît aux médecins le droit de se syndiquer. Menace imprudente, car elle dévoile tout ce qu'il y a de dangereux dans les appétits mutualistes, et parce qu'elle va donner l'éveil aux syndicats ouvriers qui refusent la protection tyrannique et inquisitoriale de la mutualité : menace vaine ; car, si on distrait de la mutualité, les mutualistes scolaires presque encore au biberon, les mutualistes femmes qui ne votent pas encore, les mutualistes militaires qui n'ont pas le droit de vote, et les mutualistes ouvriers embrigadés par force dans les sociétés d'atelier, et qui votent contre les idées mutualistes, le nombre de mutualistes par conviction se trouve singulièrement amoindri, ainsi que leur influence sur le Parlement. Il ne suffit pas de supputer le petit nombre de médecins qui siègent dans les assemblées, il faut compter sur les sentiments d'équité de nos représen-

tants. La polémique que vient de soulever un ancien ministre à propos de l'élection législative d'un organisateur de société mutuelle est de nature aussi à leur inspirer de *prudentes et prévoyantes* réflexions.

Non seulement les syndicats médicaux seraient supprimés, mais encore on enlèverait aux médecins le monopole de la médecine. Curieux monopole que le nôtre, puisque le curé, la bonne-sœur, l'instituteur, le maréchal-ferrant, et les zouaves font impunément de la médecine. Parmi tout ce monde faisant de la médecine, les médecins sont les seuls à payer patente, c'est même le seul monopole qu'ils possèdent. La mutualité veut nous le supprimer ? Bien volontiers, c'est la seule fois que la mutualité aura rendu service aux médecins ! Sans compter que la médecine libre serait le meilleur moyen de remédier à l'encombrement médical, le nombre des médecins diplômés diminuerait, et tout le monde pouvant soigner son voisin, le nombre des estropiés irait en augmentant. Moins de médecins, davantage d'infirmes, quel rêve ! Oh, sainte Mutualité ! donne-nous la médecine libre, nous t'en prions, sainte Mutualité !

Mais revenons aux choses sérieuses, il paraît que la Mutualité veut qu'on lui donne par le service des retraites ouvrières les moyens d'augmenter le nombre de Français qui seraient privés de la liberté de se faire soigner par le médecin de leur choix. Pour obtenir cela, elle choisit le moment où M. le député Plichon veut faire modifier la loi sur l'assistance médicale gratuite, pour que toutes les communes soient obligées d'accorder le libre choix du médecin, le moment où la loi sur les accidents du travail qui reconnaît et protège le libre choix du blessé, va être étendue aux employés de commerce, et aux ouvriers agricoles. Nous connaissons la réponse, les mutualistes aussi choisissent leur médecin puisqu'ils le nomment en Assemblée générale. Nous savons ce que vaut l'indépendance de ces votes ; en les admettant absolument libres, il n'en résulte pas moins que si, dans une société de 100 membres, un médecin a été nommé par 55 votants, ce médecin n'en soignera pas moins de 45 sociétaires qui non seulement ne l'ont pas choisi, mais l'ont refusé. Enfin, chose curieuse, lorsqu'un président de société de secours mutuels marie sa fille à un jeune médecin, immédiatement tous les sociétaires perdent confiance dans l'ancien médecin de la société qui les soignait depuis 10 ans pour confier leur santé au gendre de M. le Président !!

Les grands maîtres de la Mutualité ne s'embarrassent pas d'aussi puériles constatations. S'il y a des mutualistes mécontents de la façon de nommer les médecins, ils n'ont qu'à s'en aller, disent-ils. La Mutualité est généreuse elle leur rend leur liberté ; mais elle garde l'argent que le mutualiste partant a versé au fonds commun, et tous les droits qu'il a acquis pour la retraite. Aussi ne pouvant consentir à perdre tout le bénéfice des sacrifices qu'il s'est imposés, il ne peut s'en aller comme on lui en donne la permission. Ce n'est pas seulement la liberté de partir, c'est son argent, ce sont les droits à la retraite qu'il faut aussi lui rendre. Si, dira-t-on, le mutualiste ne voulait pas accepter le médecin qui lui est imposé par le vote de l'Assemblée générale, il n'avait qu'à ne pas entrer dans la mutualité. Si la mutualité ne faisait pas une réclame aussi bruyante, si elle prenait soin de dire que la Mutualité ne rend pas l'argent versé quand on la quitte, si surtout l'Etat organisait une assurance-maladie, nous pouvons affirmer qu'un grand nombre de mutualistes ne seraient pas enrégimentés dans des sociétés d'où l'on ne sort qu'en y laissant ses plumes et qui agissent comme les anciens sergents recruteurs d'engagés volontaires, en faisant croire qu'à la caserne mutualiste on couche sur des lits de roses.

C'est donc le livret mutualiste qu'il faut établir. C'est lui qui donnera cette liberté de quitter une société à esprit caporaliste, pour aller dans des sociétés vraiment démocratiques et libérales que partout les syndicats médicaux sauraient soutenir et fonder au besoin. Il paraît que si on donnait aux mutualistes une indemnité maladie, tous emploieraient cette indemnité pour aller au cabaret et pour frauder sur la longueur de la maladie. A entendre parler les dirigeants de la mutualité, les mutualistes ne seraient qu'une bande de pillards. Si même cela était vrai, il serait facile de donner des bons-visites qui seraient reçus par tous les médecins. Il est vrai, que probablement aussi, les médecins fraudeurs s'entendraient avec les mutualistes fraudeurs pour leur racheter ces bons de visites, sans faire ces visites.

De pareilles menaces, de pareils arguments ne sauraient être pris en considération ; que les médecins, par des conférences faites partout aux mutualistes, que par des documents, on ouvre les yeux aux députés, et la vérité, la justice finiront par triompher. Continuons notre propagande qui a déjà donné des résultats ; rappelons-nous seulement que, *parmi les mutualistes, il y a de fameux joueurs de Poker.*

DIVERNERESSE.

LA SEMAINE MÉDICALE

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance annuelle du 10 juin 1906.

Présidence de MM. ROCHER et Jules VOISIN.

L'exercice illégal de la médecine par une voyante.

M. Paul MAGNIN lit un rapport sur le cas de la voyante de Saint-Quentin. Sa conclusion est qu'il s'agit d'une vulgaire hystérique hypnotisable, ne présentant aucune clairvoyance spéciale ; le sommeil réel de cette femme est simplement le principal élément de son succès auprès de ceux qui viennent la trouver ; on voit là un nouvel exemple de la foi qui guérit.

M. Paul FAREZ cite le cas d'une de ses malades, atteinte de manie aiguë et placée dans une maison de santé. A l'aide d'une mèche de cheveux envoyée en cachette par le mari, la voyante fit en termes amphigouriques et contradictoires, un dia-

gnostic tout à fait erroné, — auquel elle ajoutait, pour cette agitée, une ordonnance de sept produits toniques et stimulants!

M. Rocher. — Il serait temps de protéger le public contre sa propre crédulité. Des sociétés compétentes comme la vôtre devraient faire connaître directement aux pouvoirs publics que la prétendue clairvoyance est dénuée de toute valeur scientifique.

M. Louis Favre. — Je ne suis pas d'avis que l'on rende cet arrêt définitif, j'estime qu'on devrait faire des expériences nombreuses avec chacune de ces voyantes et se prononcer sur son cas personnel et non sur la clairvoyance en général; d'ailleurs les expériences négatives ont aussi leur valeur.

M. Bérillon. — Depuis de nombreuses années, nous avons eu l'occasion d'étudier un certain nombre de somnambules ou prétendues telles qui ont été produites à Paris et présentées comme douées de dons tout à fait exceptionnels. En présence de gens ignorants et crédules, dépourvus de l'esprit de contrôle, les expériences ont souvent l'air de réussir; faites avec des garanties scientifiques, elles échouent chaque fois. Actuellement, la question est jugée, et plus n'est besoin de perdre notre temps à des expériences qui, toujours, dans le passé, ont prouvé que la prétendue lucidité n'existe pas et ne repose que sur des illusions.

M. Félix Regnault. — Il y a quelques années, un prétendu liseur de pensées a été étudié à l'Ecole de psychologie. M. Paul Farez a nettement montré qu'il s'agissait non pas d'un liseur de pensées, mais d'un liseur de muscles.

M. Bérillon. — A la stupéfaction générale du monde médical, les juges de Saint-Quentin ont, dans une certaine mesure, admis la lucidité de cette voyante, en ce qui concerne la pratique de l'art médical. Mais si, sans avoir étudié l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la matière médicale ou la thérapeutique, cette voyante est capable de se prononcer avec exactitude sur le diagnostic et le traitement des maladies, elle devrait bien aussi, sans avoir étudié le code, les lois ou la jurisprudence, posséder la compétence et l'expérience d'un magistrat de carrière; aussi nous ne désespérons pas de voir les juges de Saint-Quentin, conséquents avec eux-mêmes, recourir à la dite voyante pour rédiger certains attendus ou solutionner des cas épineux soumis à leur juridiction. Il y aurait là un moyen aussi d'éviter les erreurs judiciaires et peut-être d'accélérer le fonctionnement de la justice qui, comme chacun sait, est, plus que jamais, atteinte de claudication.

M. Jules Voisin. — Il est bien évident que, si un hypnotisé recevait la suggestion qu'il est devenu président du Tribunal, il n'aurait pas, par ce seul fait, acquis l'aptitude à rédiger des jugements en harmonie avec le code et à connaître les dispositions pénales applicables à chaque espèce. Aussi, pour clore cette discussion, je vous propose de voter la rédaction suivante, qui répond au vœu formulé tout à l'heure par M. Rocher :

« La production de l'état hypnotique permet d'obtenir la réalisation d'actes déterminés, l'apparition d'émotions, de sentiments, d'opinions, la modification de certaines modalités du caractère; mais, en aucun cas, elle ne dote le sujet hypnotisé des aptitudes et de la compétence que peuvent seules donner la science et l'expérience. En particulier, pour ce qui concerne l'art médical, la prétendue clairvoyance relativement au diagnostic et au traitement est contraire aux faits bien observés et doit être considérée comme inexistante.

(Cette proposition est adoptée à l'unanimité.)

Méthode hypno-pédagogique, chez les enfants du patronage Rocher (premiers résultats statistiques).

M. René Pamart. — Depuis octobre 1905, parmi les enfants et jeunes gens dont j'ai eu à m'occuper au Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence (patronage Rocher), 24 étaient susceptibles de profiter des bienfaits de la méthode hypno-pédagogique. Les ressources de l'œuvre étant trop limitées, 7 sujets seulement ont pu être conservés au Patronage le temps voulu pour un traitement sérieux. C'étaient 5 voleurs, dont 4 récidivistes, un somnambule et un onaniste onychophage, ayant fui le domicile paternel à deux reprises, enfermé à la Petite Roquette. J'ai obtenu 5 guérisons complètes, dont le maintien a été confirmé. Un 6e sujet (voleur récidiviste), replacé dans le milieu où il avait commis la première faute, a rechuté après 5 mois de conduite exemplaire. Le 7e cas a été un insuccès complet, insuccès en rapport avec une absence totale du désir de guérir.

M. Jacques Bertillon. — Je regrette que M. Pamart n'ait point donné plus de détails sur le nombre et la durée des séances, la technique employée, les suggestions faites, etc.

M. Bérillon. — Il ne s'agit ici que de statistiques. On ne peut, à propos de chaque cas rapporté ici, répéter un enseignement qui a déjà été fait un nombre considérable de fois et qu'il convient de considérer comme suffisamment vulgarisé. La méthode qui permet d'arriver à des résultats positifs est celle que nous avons proposée et progressivement perfectionnée; nous lui avons donné le nom de méthode hypno-pédagogique afin de bien marquer que la production de l'état d'hypnotisme est la condition fondamentale de son succès.

M. Rocher. — Tels qu'ils sont, les résultats obtenus par M. Pamart sont très encourageants et je le prie de bien vouloir continuer à me seconder dans cette voie qui s'annonce comme devant être socialement très fructueuse.

M. Jules Voisin. — Elle sera d'autant plus féconde qu'on agira sur des sujets plus intelligents et, par conséquent, plus aptes à profiter de la méthode.

La technique de la suggestion hypnotique à échéance.

M. Paule Joire (de Lille). — Les règles de la suggestion à échéance sont les suivantes : 1° placer le sujet dans de bonnes conditions pour être mis en état d'hypnose ; 2° bien l'hypnotiser en choisissant le procédé qui lui convient le mieux ; 3° prendre les précautions voulues pour bien amener le passage à l'état d'hypnose et le passage de l'état d'hypnose à l'état de veille ; 4° faire les suggestions courtes, précises et progressives.

Un nouveau cas de sommeil hystérique.

M. Witry (de Trèves). — M. K. est née en 1899. En août 1900, elle souffre de troubles stomacaux, de douleurs de tête et de ventre. Quinze jours après surviennent des changements de caractère, des pertes de connaissance, des crises hystériques. En octobre 1900, elle s'endort : l'immobilité et l'anesthésie sont complètes ; les muscles sont en résolution, à l'exception de ceux des mâchoires et des paupières ; on la nourrit par lavements. Le 18 juillet 1901, l'autorité la fait entrer dans un asile. Le 20 elle se met à remuer les membres ; les jours suivants elle a quelques crises, puis apparaissent des mouvements de déglutition ; petit à petit, elle ouvre d'elle-même la bouche, les yeux, elle sourit, puis elle se remet à manger, à marcher, à écrire, à parler. Ce réveil est complet et définitif en janvier 1902.

M. Paul Farez. — De cette observation ressortent plusieurs points intéressants. D'abord le sommeil, au lieu de s'installer d'emblée, a été précédé et préparé par divers troubles somatiques et psychiques, ce qui est le cas le plus fréquent. Mais, contrairement à ce qu'on enseigne, la résolution musculaire a été presque générale, comme par exemple, chez Gésine et chez Argentina. En outre, le réveil n'est pas survenu brusquement ; la restauration des diverses fonctions a été lente ; progressive et successive, comme chez Argentina, le retour à la pleine conscience totale a même, ici, nécessité six mois. Enfin dès le surlendemain du transport dans un asile commencèrent à se manifester les divers signes prémonitoires du réveil ; c'est un nouvel argument propre à nous faire regretter que Marguerite B. (de Thénelles) soit demeurée vingt ans endormie à côté des siens, sans qu'aucune autorité soit intervenue pour provoquer son transfert dans un milieu approprié.

La kleptomanie et son traitement par la suggestion hypnotique.

M. Berillon. — Certains auteurs ont essayé de traiter des kleptomanes par la suggestion hypnotique ; n'ayant pu réussir dans tous les cas, ils ont exprimé l'opinion que le traitement par la suggestion hypnotique n'avait pas toute l'efficacité que nous lui avions attribuée. Or il faut distinguer. Ces auteurs ont eu à soigner des dégénérés impulsifs, adultes, chez lesquels la kleptomanie revêt le caractère d'une maladie mentale nettement caractérisée. Par contre, l'hypnotisme triomphe habituellement et brillamment quand il s'attaque à ces kleptomanes jeunes, extrêmement suggestibles, que les mauvaises fréquentations, les mauvais exemples, le goût de la dépense, la passion des voyages et le défaut de discernement ont amenés à s'emparer du bien d'autrui. Le traitement psychothérapique réveille ou exalte le sens moral, la réflexion, la maîtrise de soi et la volonté. Pour apprécier l'efficacité d'une méthode, il ne faut pas l'appliquer seulement aux cas désespérés où l'insuccès est inévitable ; il faut au contraire, y recourir avec discernement et ne pas incriminer la méthode, vu que l'incompétence de l'expérimentateur est le plus souvent la seule cause de l'inefficacité du traitement. La preuve en est que nous avons souvent réussi là où d'autres, avant nous, avaient totalement échoué dans l'application de la suggestion hypnotique.

La psychopathologie du vomissement

M. Paul Farez. — Le vomissement, sous ses différentes formes, est, dans son étiologie, sa pathogénie ou sa curation, plus ou moins conditionné par l'immixtion des phénomènes psychologiques. Même quand il dépend d'une cause uniquement somatique, il est justiciable de la psychothérapie, qui permet au malade de résister énergiquement à la sollicitation nauséeuse. La psychothérapie est tout indiquée et a déjà remporté de brillants succès dans les diverses variétés cliniques du vomissement, en particulier les vomissements naupathiques, gravidiques et post-anesthésiques.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Hôpital de la Pitié :

M. Dalché, médecin des hôpitaux.

Traitement des métrorrhagies congestives de la ménopause.

Les injections chaudes, cette panacée de la thérapeutique gynécologique, peuvent quelquefois être inutiles et même nuisibles.

Je veux vous parler aujourd'hui du traitement de certaines métrorrhagies. Je le fais d'autant plus volontiers qu'une sorte de virement semble actuellement se produire. Jusqu'à ce jour, toute femme atteinte de métrorrhagies, qui consultait un médecin, se voyait invariablement conseiller les irrigations d'eau très chaude. Ce traitement avait fini par passer dans les habitudes et par constituer une sorte de dogme de la thérapeutique gynécologique.

Il y a 30 ou 35 ans, on avait recours à l'eau froide, dont l'action est analogue ; puis, l'eau froide fut abandonnée, les malades la supportant difficilement, et l'on s'adressa à l'eau chaude. Cette dernière constitue, certes, un remède très efficace dans nombre de cas, mais il serait excessif d'ériger son usage en règle absolue. En médecine, il n'est pas, d'ailleurs, de règle absolue. Je vais précisément vous relater l'histoire d'une malade chez qui l'eau chaude a échoué et a, de plus, été nuisible.

A ce propos, je rechercherai les causes de l'insuccès des injections chaudes, je dirai quelques mots d'hydrothérapie appliquée à la gynécologie, et je terminerai par un exposé des autres moyens

de traitement des métrorrhagies congestives de la ménopause.

Voyons d'abord l'observation en question. Je l'ai recueillie non à l'hôpital, mais dans ma clientèle de ville. Elle concerne une dame, neuro-arthritique, avoisinant la cinquantaine et entrant dans la période de ménopause. Cette dame, jusque-là bien portante et sans antécédent génital, éprouvait depuis 14 et 15 mois, des bouffées de chaleur, des poussées fluxionnaires faciles, et des troubles de la menstruation. Ses règles étaient abondantes, profuses, se prolongeant 6, 8, 15 jours, et constituant de véritables pertes, franchement hémorrhagiques. Assez inquiète de sa situation, la malade se décida à demander conseil à un médecin. Notre confrère lui prescrivit le traitement habituel des métrorrhagies, les irrigations chaudes à 45°, à 50°, traitement qu'elle exécuta fidèlement. Les résultats n'en furent pas heureux. A son grand chagrin, plus elle prenait d'injections chaudes, plus elle perdait, plus les hémorrhagies augmentaient. C'est alors que, un peu désespérée, redoutant — comme beaucoup de femmes dans ces conditions et à cet âge — un cancer de l'utérus, elle vint me voir.

Je l'examinai et ne trouvai rien dans son état général qui pût expliquer ses pertes. A l époque de la ménopause, on ne doit pas oublier de faire cette enquête sur l'état général. Il n'y avait rien au cœur, ni au foie, ni au rein ; il ne s'agissait pas, en un mot, d'une fausse utérine. Du côté de l'utérus, on ne découvrait rien non plus, hormis une augmentation de volume et de consistance de l'organe, sans fibrome. Au spéculum, le col apparaissait rouge, congestionné, très gros. Je portai le diagnostic de sclérose du col avec poussées fluxionnaires actives, et je dis à la malade : « Cessez l'eau chaude ; prenez du repos, marchez modérément, et faites maintenant des irrigations d'eau tiède, à 38°, dans la position couchée et à très faible pression, 20 à 30 centimètres environ. Je donnai ce que Béni-Barde appelle la douche baveuse. J'y ajoutai quelques bains de siège, sans médicament. Le résultat a été remarquable : depuis ce jour, les pertes ont totalement disparu.

Je ne vous cacherai pas que je fus assez surpris moi-même d'un effet aussi radical, en opposition manifeste avec le dogme apparemment intangible de l'eau très chaude.

Quel était le diagnostic à porter chez cette malade ? Nous avions à tenir compte de deux causes, greffées l'une sur l'autre : la ménopause et la sclérose utérine. Etudions-les de plus près.

Au moment de la ménopause, la femme peut avoir des pertes sanguines sans affection utérine. Quelquefois, les périodes des règles, au lieu de s'espacer comme elles le font ordinairement à cette époque de la vie sexuelle se rapprochent au contraire et l'écoulement sanguin augmente d'abondance, avec ou sans caillots. La ménopause est donc une cause hémorrhagipare. Comment se l'expliquer ? Il y avait jadis une vieille théorie. Elle disait que si, à l'époque de la ménopause, l'ovaire présentait un regain d'activité, il s'en suivait des fluxions sanguines complémentaires ou supplémentaires sur divers organes, et parfois sur l'utérus.

Aujourd'hui, nous avons des théories plus modernes. Je vous ai parlé de l'ataxie ovarienne qui survient à deux phases de la vie génitale, à la puberté et à la ménopause. L'ovaire, alors, ne fonctionne plus régulièrement tous les mois ; son action est ataxique, elle retarde, avance, et la vaso-dilatation qu'elle produit peut se porter sur l'utérus et être excessive.

La sclérose utérine est, elle aussi, une grande cause de métrorrhagies. Le point sur lequel je veux insister est le suivant : la métrorrhagie n'est pas toujours due à une sclérose totale. Il est des femmes dont l'utérus saigne facilement parcequ'elles ont un système artériel utérin friable, une artério-sclérose des vaisseaux utérins.

En résumé, notre malade, qui n'avait ni fibrome, ni cancer, ni endo-métrite chronique, était atteinte de pertes relevant d'une origine double, hybride : la ménopause et l'artério-sclérose utérine.

Nous pouvons maintenant expliquer les effets du traitement. La sclérose utérine, et la sclérose artérielle en particulier, n'aiment pas les médications vaso-constrictrices, l'ergot de seigle, la digitale, l'eau chaude. Vous donnez de l'ergot de seigle à un artério-scléreux ; la tension artérielle, déjà exagérée chez lui, va s'augmenter encore. Et puis, les tissus scléreux sont rigides, manquent de souplesse, et ne répondent qu'imparfaitement au médicament. Huchard ne prescrit jamais en pareil cas, ni ergot, ni digitale, s'adresse aux préparations sédatives, l'opium entre autres. L'ergot, dit-il, est dangereux dans l'artério-sclérose : il est susceptible de faire rompre les vaisseaux et de créer, par exemple, par excès de tension, une hémorrhagie cérébrale.

L'eau chaude, comme l'ergot, est un agent vaso-constricteur : notre malade ayant de la sclérose utérine, nous trouvons là un premier motif d'échec de l'injection chaude. Il en est d'autres et, pour mieux les saisir, je vais exposer, d'après Béni-Barde, quelques principes d'hydrothérapie.

« La douche locale, dit Béni-Barde, peut être chaude, très chaude, ou tiède.

« La première chose que produit la douche *chaude* est une rubéfaction des tissus, de la peau, des muqueuses. On croit obtenir une décongestion et c'est tout le contraire qui a lieu. Ce phénomène m'avait frappé lorsque je pratiquais moi-même des irrigations chaudes : je voyais la muqueuse vaginale s'hyperémier.

« Considérons la douche *très chaude*. Comment les malades se donnent-elles, en général, une douche très chaude ? Elles se couchent ou non. Admettons qu'elles se tiennent couchées. Elles ont un bock de 2 litres, à robinet ouvert, qu'elles mettent aussi haut que possible, à 1 m. 50 ou 2 mètres. L'écoulement du liquide dure 4 à 5 minutes, pas plus. En somme, elles prennent une douche à pression forte à courte durée. L'eau très chaude détermine, ce n'est pas douteux, un spasme vasculaire, une vaso-constriction. Emmet a eu la patience d'étudier son action avec le spéculum. Il a vu que, sous l'influence du jet d'eau très chaude, le col subissait des mouvements, se rétrécissait, pâlissait. Mais cette action est fugitive et, pour la maintenir, il faudrait faire passer l'eau longtemps, ce qu'on ne fait pas et ce qui n'est guère pratique d ailleurs. Aussi, à la vaso-constriction, voit-on succéder, aussitôt l'injection achevée, la vaso-dilatation ; celle-ci est intense, dépasse l'état congestif antérieur, si bien que, finalement, la fluxion est exagérée. Ce mouvement de va-et-vient circulatoire a son utilité dans les en-

gorgements torpides, passifs, de l'utérus, il donne de la tonicité aux tissus ; mais dans les états fluxionnaires, c'est bien différent : il est néfaste, puisqu'il provoque la poussée congestive.

Voyons l'action de la douche *tiède*. Rappelez-vous que rien n'est calmant comme l'eau tiède ; c'est là méthode hydrothérapique sédative par excellence, surtout quand elle est prolongée. Les nerveux, les névralgiques principalement, se trouvent à merveille de la douche tiède baveuse. Elle réussit également chez les neuro-arthritiques, dont les poussées fluxionnaires sont si faciles. Elle se prend à la température de 32° à 37° environ. Sa durée doit être assez longue et sa percussion très faible : on placera le bock à 30 cm. ou 35 cm. au maximum, au-dessus du plan du lit.

A notre malade, neuro-arthritique, a poussées congestives utérines, c'était bien la médication sédative, les injections tièdes, qui convenaient. Elles ont suffi, nous l'avons vu, à faire disparaître les métrorrhagies.

J'aborde maintenant une autre question : quelle médication peut-on associer aux irrigations tièdes dans le traitement des métrorrhagies congestives de la ménopause ?

Il convient, d'abord, de satisfaire aux indications de la ménopause. Les grands bains tièdes et prolongés ont ici un effet favorable, en agissant sur l'ensemble de l'organisme. A. Robin — et je trouve sa formule excellente — recommande le bain de gélatine et de sous-carbonate de soude (250 gr. de chaque produit pour un bain). On a soin de faire dissoudre la gélatine dans de l'eau à 45° ou 50° et de verser dans le bain le liquide visqueux ainsi obtenu. Ce bain n'a qu'un inconvénient : il répand une forte odeur de colle de poisson qui incommode certaines femmes et oblige parfois à suspendre son usage.

Etant donné l'âge des malades, vous ferez un examen soigné de l'état général et du fonctionnement des principaux organes. S'il y a des poussées congestives intenses, ne craignez pas d'utiliser la médication révulsive. Je n'hésite pas à m'adresser à la dérivation à distance, à la révulsion à l'aide de ventouses sur le dos ou de sinapismes sur les membres inférieurs. On n'emploiera pas ce moyen d'emblée, mais au 5e ou 6e jour de l'hémorragie.

Dans l'intervalle des pertes, donnez des purgatifs. Respectez les hémorrhoïdes. Mettez la femme à un régime un peu sévère, au régime lacto-végétarien de préférence. Conseillez-lui tout au moins de réduire la quantité de vin et de viande prise aux repas (supprimer la viande, au dîner par exemple). Conseillez la vie au grand air, avec exercice modéré.

Contre la perte, que faire ? Je suppose que l'eau tiède ait échoué et que vous ne puissiez pas donner les vaso-constricteurs. Vous aurez recours à d'autres procédés qui jouissent d'une faveur justifiée, tels le chlorure de calcium, la gélatine à l'intérieur, le tamponnement à la gélatine ou à la ferripyrine.

Le chlorure de calcium est un bon hémostatique général. Rappelez-vous que M. Robin y associe, pour faciliter la tolérance, du sirop d'opium, et formulez :

Chlorure de calcium........	4 gr.
Sirop d'opium..............	30 gr.
Eau.......................	120 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les 2 heures, en espaçant à mesure que l'hémorragie diminue.

La gélatine se prend, à la dose de 5 gr. matin et soir, dans du lait, du bouillon, ou mieux du chocolat. M. le professeur Gautier, avec qui je m'entretenais de ce sujet, me disait que la gélatine, étant très riche en sels de chaux, se rapprochait par là du chlorure de calcium, d'où l'explication scientifique de ses effets hémostatiques.

On peut utiliser la gélatine localement et je me sers dans ce but d'une solution à 5 % que je liquéfie au bain-marie, dans de l'eau chaude, avant d'y tremper des tampons. Contre les métrorrhagies des vierges, M. Siredey fait usage d'un entonnoir avec lequel il remplit le vagin de gélatine.

Je me suis bien trouvé, enfin, de la ferripyrine, moins fermentescible que la gélatine. C'est une association de deux hémostatiques locaux, l'antipyrine et le perchlorure de fer. Sa solution à 1/10 et sa gaze sont avantageuses en applications sur le col et pour les tamponnements.

J'en étais là.... lorsque, ces jours derniers, en vertu de la loi médicale qui veut qu'un cas ne se présente jamais isolément, je reçus à ma consultation une demoiselle de 36 ans, vierge, nerveuse, hystérique, atteinte de métrorrhagies. Chez elle, l'eau chaude avait eu le même résultat que chez notre première malade : elle avait été inefficace, nuisible, augmentant les pertes, qui cessèrent avec l'eau tiède. Ici encore, il s'agissait de congestion, de poussées fluxionnaires, actives, de l'utérus, chez une nerveuse.

Il me reste maintenant à conclure. Je vous ai montré deux cas où l'eau chaude a eu des inconvénients. Je ne voudrais pas dire, loin de là, qu'il faille proscrire les injections chaudes de la thérapeutique gynécologique ; j'estime néanmoins que le médecin ne doit pas les recommander toujours d'une façon aveugle.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

MÉDECINE PRATIQUE

Encore l'appendicite.

Comme il fallait s'y attendre, la communication du professeur Dieulafoy qui fit le thème de notre article précédent a provoqué une levée de boucliers dans le camp des chirurgiens.

De ce qui fut dit, fort éloquemment d'ailleurs, par Richelot et Reclus, nous ne voulons retenir qu'une phrase. « Diverticule du gros intestin a « dit Richelot, l'appendice partage toutes ses vicis« situdes : et la preuve, c'est qu'on prévient le dé« veloppement de bien des appendicites en fai« sant suivre aux malades un régime favorable « au bon fonctionnement de leur intestin. »

C'est, en d'autres termes, l'idée que nous exprimions naguère quand nous établissions la prophylaxie des maladies intestinales sur l'intégrité organique ou fonctionnelle de la portion terminale du tube digestif, assurée par un ensemble de règles et de préceptes au nombre desquels la méthode évacuante vient en bonne place.

En constatant, non sans fierté, que sur ce terrain nous nous sommes trouvé d'accord avec les officiels qui sont censés tenir, à tort ou à raison, la vérité, rappelons que nous avons établi avec raisonnements et preuves à l'appui, les motifs qui

doivent faire adopter l'**Eau de Condal**, eau minérale purgative, à base presque exclusive de sulfate de soude, comme l'idéal agent de cette méthode évacuante, si fertile en succès dans la plupart des troubles qui ont l'intestin pour siège.

Dr Ed. GASTON.

THÉRAPEUTIQUE

Les Eaux Bonnes

sont le spécifique des maladies chroniques des voies respiratoires, des *enroués, des tousseurs, des emphysémateux*, des *catarrheux* **et des enfants lymphatiques.**

Les Eaux Bonnes sont des eaux sulfurées sodiques et calciques ; chlorurées sodiques et polymétalliques.

Elles contiennent de **l'argon et de l'hélium** en notable quantité, et M. le professeur Moureu a mis tout récemment en évidence **leur radioactivité.**

Les Eaux Bonnes
constituent contre la *tuberculose pulmonaire* une médication que le temps n'a pas usée et dont l'efficacité ne s'est jamais démentie. Pidoux, l'un des plus grands phtisiologues des temps modernes, a pu dire avec son collaborateur Trousseau :

« C'est contre cette altération si grave (lésions tuberculeuses du poumon) que l'eau minérale d'Eaux-Bonnes montre une puissance à laquelle les médicaments de nos officines n'ont rien de comparable. L'Europe thermale, nous ne craignons pas de le dire, ne peut même rien mettre à côté d'elle dans ce genre. »

(*In* « Traité de thérapeutique », par Trousseau et Pidoux, 8e édition revue et corrigée par Constantin Paul, page 881.)

L'Eau Bonne est mise en bouteilles dans des conditions d'asepsie parfaite, qui assurent sa conservation pendant plusieurs années ; et d'ailleurs ses éléments constitutifs : sulfure de sodium et de calcium, chlorures, phosphores et métaux sont peu altérables, et la fixité de ces éléments constitutifs est un des caractères qui distinguent les eaux d'Eaux-Bonnes des autres eaux sulfureuses.

« L'eau d'Eaux-Bonnes transportée doit être administrée le matin à jeun depuis la dose de quatre cuillerées à soupe jusqu'à celle de trois quarts de verre. On y ajoutera 2 ou 3 cuillerées de lait ou d'une infusion béchique bouillante afin de tiédir l'eau minérale, et de la rapprocher de la température de la source (32 degrés).

« On doit, suivant les cas, renouveler cette dose le soir, une heure au moins avant le dernier repas ». (Trousseau et Pidoux, *loc. cit.*).

Ces doses sont celles à employer dans les cas de tuberculose pulmonaire, et chez les enfants et les vieillards. Mais dans les catarrhes et autres manifestations broncho-pulmonaires non tuberculeuses de l'adulte et chez les sujets non congestifs, on pourra débuter en prescrivant matin et soir trois quarts de verre et arriver progressivement à la dose quotidienne de trois à quatre verres suivant la tolérance.

Trousseau et Pidoux donnent aussi le très judicieux conseil suivant :

« Toutes les fois que l'Eau-Bonne ne sera prise dans une famille que par une seule personne, nous conseillons les quarts de bouteille, avec la précaution d'avoir tous les jours un nouveau quart, et de sacrifier ce qui pourrait rester.

Dans les maladies *du nez, de la gorge et du larynx*, l'Eau Bonne devra, outre la boisson, être employée en *irrigations nasales*, en *gargarismes*, en *douches de gorge*, en *pulvérisation* et en *inhalations*.

L'Eau Bonne dont l'usage est universellement répandu se trouve *dans toutes les pharmacies*, les dépôts d'eaux minérales ; et on peut s'adresser directement *à l'administrateur des établissements thermaux d'Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées)*.

Dr Léon LERICHE.

Substitutions et falsifications médicamenteuses.

Il y a quelques semaines, paraissait un écrit, anonyme, il est vrai, mais rédigé par un pharmabien, traitant de la conduite à tenir par les pharmaciens lorsqu'un médecin prescrit un médicament nouveau patenté, introduit dans la matière médicale sous un nom spécial.

L'auteur de cet article disait : « Les pharmaco-« pées nouvelles donnent le véritable nom chimi-« que de ces produits, en laissant aux pharma-« ciens le choix d'employer les produits chimiques « de n'importe quelle provenance, pourvu qu'ils « satisfassent aux conditions de pureté exigées « par les codex. » Et au nom d'un patriotisme mal entendu, l'auteur semblait engager les pharmaciens à délivrer le produit qui leur convient alors même que le médecin a prescrit un médicament dont il a inscrit sur sa recette le nom usuel et non la dénomination chimique avec son effrayante terminologie.

Nous ne partageons nullement cette manière de voir et nous avons été heureux de rencontrer dans d'autres articles signés de noms respectés, la défense d'une thèse tout opposée.

Dans un travail publié en 1904 par M. l'inspecteur des pharmacies en Belgique, W. Dulière, celui-ci donne aux pharmaciens quelques indications qui ne doivent pas être perdues pour les médecins.

« La thérapeutique, écrit M. Dulière, s'est enrichie depuis plusieurs années, d'un grand nombre de médicaments synthétiques nouveaux qui, présentés d'abord sous des noms spéciaux protégés par des brevets, se trouvent répandus aujourd'hui dans les pays où leur préparation n'est pas brevetable, sous leurs dénominations chimiques.

Certains médecins emploient dans leurs ordonnances les dénominations chimiques, voulant probablement laisser aux pharmaciens la faculté de remplacer leurs produits patentés par leurs équivalents ; mais la plupart des praticiens ont l'habitude de prescrire ces produits sous le nom original qui leur a été donné par la fabrique qui les a mis en vogue, en faisant connaître leurs propriétés et leur action médicamenteuse. Ils ont ainsi avec la facilité d'un nom familier et peu compliqué, la certitude d'avoir un médicament toujours identique.

Le devoir du pharmacien est de *respecter scrupuleusement* l'intention du médecin, en délivrant

exactement les produits qui lui sont demandés et non pas des préparations similaires.

Si les produits concurrents ont la même composition chimique que les préparations brevetées, ils n'ont pas toujours le même degré de pureté et un pharmacien consciencieux ne devrait jamais les admettre sans avoir tous ses apaisements sur leur pureté absolue.

Ces réflexions et ces conseils nous sont inspirés par certaines constatations que nous avons faites au sujet de l'aristol.

Sous le nom de di-iododithymol, les droguistes offrent un produit qui est vendu comme identique à l'aristol. Nous avons déjà attiré l'attention sur certaines impuretés que nous avons observées, provenant d'une préparation peu soignée ; mais nous avons aujourd'hui entre les mains des échantillons dont les impuretés sont telles qu'on ne peut les regarder comme accidentelles ; plusieurs d'entre eux sont, de toute évidence, le résultat de manipulations frauduleuses.

L'audace des falsificateurs se mesure à la naïveté des acheteurs. De tels exemples sont bien faits pour dessiller les yeux des moins clairvoyants et les engager à être prudents. »

Nous avons tenu à donner cette citation extraite des *Annales de pharmacie de Louvain* parce qu'elle nous explique les mécomptes que certains médecins rencontrent parfois dans l'emploi des médicaments nouveaux.

Nous savons que certains confrères, sceptiques *plus ou moins convaincus*, dénient aux médications nouvelles une valeur supérieure à celle des drogues de l'ancienne pharmacopée et s'en vont, disant à qui veut l'entendre, que nos pères savaient aussi bien se guérir avec les tisanes et les infusions pectorales, que les fils avec les armes de leur arsenal bondé de drogues pompeuses et renouvelées.

Ces axiomes simplistes touchent parfois l'âme de naïfs, mais ne peuvent résister à la plus simple des argumentations.

Nos pères allaient comme leurs fils à Paris, voire même à Moscou ; ils y allaient à pied ou en diligence. Est-ce une raison d'interdire aux fils d'y filer par un rapide de luxe ou en automobile et par hasard prétendrait-on que toutes les sciences ont progressé, sauf la thérapeutique !

La vérité est que les chimistes ont mis à notre disposition des médicaments variés, admirablement adaptés à certaines indications, d'une action indéniable et d'une efficacité grande.

Avec raison, les fabricants couvrent leurs produits d'un pavillon qui est bien à eux et mettent les médecins en garde contre les substitutions et les falsifications aussi nuisibles à l'action du médecin qu'à la santé du patient.

M. Dulière cite dans son travail une falsification de l'aristol qu'il a dépistée, mais nous pourrions citer des falsifications identiques de l'aspirine, de l'antipyrine, de la diurétine, de l'arrhénal, etc., etc.

La plupart du temps, c'est une misérable question de quelques centimes sur le prix d'un médicament qui pousse le public à accepter des substitutions indélicates, dont le moindre inconvénient est de remplacer un produit défini, étudié, actif, garanti, par une substance vaguement semblable ou falsifiée.

Au reste, ce ne sont pas les médecins et les malades seuls qui sont victimes de ces procédés indélicats.

Les pharmaciens eux-mêmes s'exposent à la déconsidération en ne se conformant pas scrupuleusement aux intentions d'une ordonnance médicale.

Le Bulletin de la Société Royale de Pharmacie de Bruxelles (novembre 1905) a publié une étude de M. Schamelhout, docteur en sciences et pharmacien, où nous lisons à propos des médicaments nouveaux :

« Depuis quelque temps, il est beaucoup question de la ligne de conduite que les pharmaciens doivent tenir à l'égard des médicaments nouveaux.

Au risque de nous attirer les foudres patriotiques de certains confrères, bien intentionnés certainement, mais dont nous ne partageons pas les idées, nous désirons exposer notre manière de voir sur ce sujet. Nous le faisons parce que nous croyons que l'attitude que certains de nos confrères ont prise et les conseils qu'ils donnent, sont de nature à causer un grand préjudice à notre profession, préjudice moral et matériel. Notre profession, plus que toute autre, est basée sur la plus scrupuleuse honnêteté, parfois très difficile et même impossible à contrôler : le pharmacien doit être l'homme intègre par excellence. Tout conseil qui tend, ou seulement semble tendre à entamer cette honnêteté, doit fatalement nous être nuisible. Or, les idées et conseils que nous trouvons parfois émis au sujet des médicaments nouveaux sont-ils bien marqués au coin de la stricte honnêteté ? »

L'auteur fixe ensuite les idées sur la définition du médicament nouveau, montre le travail de son inventeur, ses études, ses recherches, prouve la légitimité du gain fait sur les produits, en compensation des sacrifices faits pour expérimenter et lancer un produit et il flétrit carrément du mot de falsification la délivrance d'un produit similaire à celui présenté par son inventeur sous le prétexte que la pharmacopée donne aux drogues nouvelles leur nom chimique, au lieu de leur nom breveté. C'est au moins une « contrefaçon morale », dit M. Schamelhout, et il conclut comme nous voudrions conclure.

« Il est de l'intérêt moral et matériel du phar-
« macien (nous voudrions ajouter et du médecin
« délivrant des médicaments à ses malades) de ne
« pas favoriser la fabrication des produits desti-
« nés à remplacer les produits nouveaux breve-
« tés. Cette manière de faire ne peut que mettre
« son honnêteté en danger, l'exposer à devenir
« un mauvais confrère, éveiller à son détriment
« la méfiance du médecin avec toutes ses consé-
« quences et augmenter le nombre des spéciali-
« tés, réglementées ou non. »

(*Le Scalpel*, 4 mars 1906.)

Dr L. Dejace.

OTOLOGIE

La valeur de la ponction lombaire en otologie.

La ponction lombaire de Quincke constitue une méthode précieuse dans le traitement des complications intracraniennes des affections des

oreilles. Elle permet de distinguer les cas susceptibles d'être améliorés par une opération, de ceux pour lesquels une intervention serait inutile, sinon nuisible. L'examen du liquide cérébro-spinal nous renseigne, en effet, d'une manière presque certaine, sur l'absence ou la présence d'une méningite purulente diffuse. Dans les complication intracrâniennes des otites, il n'est pas rare d'avoir une inflammation concomitante des méninges, des vaisseaux et du cerveau lui-même ; mais le plus souvent, c'est à l'une quelconque de ces trois affections; que l'on a affaire : or leurs symptômes différentiels ne sont pas toujours d'une netteté suffisante. Et si l'intervention opératoire peut être curative pour un abcès du cerveau ou une thrombose des sinus, il n'en est pas de même pour une méningite généralisée. Si l'on s'en rapporte donc aux signes cliniques habituels il sera très possible d'abandonner à son malheureux sort un abcès du cerveau par exemple, que l'on aurait pu guérir en opérant ; par contre, on pourra attribuer des symptômes de méningite à une simple excitation cérébrale, et tenter une intervention sans aucun succès. L'examen du liquide cérébro-spinal, retiré par la ponction lombaire, nous évitera désormais des erreurs de ce genre.

Le Dr Gruvert recourt à ce procédé depuis l'année 1897 dans sa clinique otologique de Halle, et jusqu'à présent il a pu réunir près de 200 observations (*Münch Med. Wochens.*, 1905. n° 25). Voici d'abord quelques détails sur sa technique opératoire :

Chez les adultes, il emploie une aiguille d'un diamètre intérieur de 1 mm. et d'une longueur de 13 centimètres. Chez les enfants, ou bien faute de mieux, il se sert d'une aiguille de Pravaz aussi longue que possible.

La ponction se fait généralement entre les 4e et 5e vertèbres lombaires. A ce niveau les apophyses épineuses se rapprochent beaucoup de l'horizontale, et cette disposition rend facile la pénétration de l'aiguille dans le sac dural entre deux vertèbres. Il est impossible de blesser la moelle, puisque le cône terminal se trouve au niveau de la 2e et au plus de la 3e vertèbre lombaire : les faisceaux de la queue de cheval flottent dans le liquide cérébro-spinal et fuient devant l'aiguille.

Le patient est couché sur le côté, le milieu de son corps dans l'horizontale, les genoux repliés sur l'abdomen, de telle sorte que la région lombaire devienne convexe en dehors. On recherche ensuite, avec l'index, en partant du sacrum, la dernière apophyse épineuse lombaire, qui est particulièrement saillante ; immédiatement au-dessus d'elle, entre les 4e et 5e vertèbres, on délimite dans la profondeur, entre le pouce et l'index, latéralement placés, le ligament interépineux facile à sentir, et c'est entre ces deux doigts que l'on enfonce l'aiguille, immédiatement sur le côté de ce ligament ; peu importe que ce soit à droite ou à gauche. L'aiguille est d'abord enfoncée sur 1 cent. de profondeur dans une direction perpendiculaire à la surface lombaire du malade, puis elle est inclinée légèrement en haut dans le plan déterminé par le ligament interépineux d'une part, et la direction perpendiculaire primitive de la piqûre d'autre part. Elle pénètre dans le canal spinal, et le liquide apparaît. Il faut éviter de trop enfoncer l'aiguille, afin qu'elle ne rencontre pas la surface interne de la vertèbre et n'y brise pas sa pointe. Il arrive parfois que l'on lutte contre une résistance osseuse ; c'est le bord inférieur de l'apophyse épineuse supérieure, qui se trouve anormalement abaissé ; en pareil cas, il suffit de retirer l'aiguille et de l'enfoncer en la dirigeant moins en haut.

Pour cette petite opération, ni la narcose, ni l'anesthésie locale ne sont nécessaires.

Il peut arriver que le liquide cérébro-spinal s'écoule goutte à goutte par l'aiguille, ou bien qu'il sorte en jet recourbé dans les cas de pression intracrânienne élevée (tel que le fait se produit pour un abcès du cerveau par exemple). L'écoulement en jet indique, d'une façon générale, la présence d'un facteur qui diminue l'espace intracrânien (abcès extradural otogène, abcès du cerveau, méningite séreuse ou purulente).

Jusqu'à présent les mensurations de pression n'ont donné aucun résultat pratique.

Recueilli dans un verre à expérience, le liquide cérébro-spinal, de composition normale, possède une transparence et une couleur absolument semblables à celles de l'eau de roche. Les moindres variations dans ces qualités s'apprécient aussitôt par comparaison avec de l'eau, contenue dans un verre à expérience.

Comme éléments cellulaires, le liquide normal ne renferme que de rares leucocytes mononucléaires ; à l'examen microscopique on en trouve au plus 1 ou 3 dans le champ de l'objectif ; encore n'en découvre-t-on pas toujours. Inutile de dire qu'on n'y rencontre aucune bactérie.

Les qualités normales du liquide, retiré par la ponction, excluent la possibilité d'une méningite purulente diffuse d'origine otique, même si des symptômes méningés paraissent militer en faveur de cette affection. Dans ces conditions, nous n'aurons plus affaire qu'à un abcès du cerveau, ou bien à une thrombose infectieuse des sinus par exemple, et nous pourrons opérer avec espoir de guérir le malade ; nous ne redouterons pas la présence d'une méningite, qui amènerait une issue fatale malgré tous nos efforts.

Il est très important, en pratique, de pouvoir grâce à la ponction lombaire, éliminer d'emblée la méningite purulente, en recherchant à l'œil nu la transparence du liquide cérébro-spinal. Il ne faut ni examen microscopique, ni culture, et c'est là une chose précieuse, car la situation est parfois alarmante, et il est nécessaire que le chirurgien soit renseigné sur-le-champ.

Voyons à présent quels renseignements peut nous fournir pour le diagnostic un liquide cérébro spinal anormal.

On admet généralement qu'un trouble très léger indique exceptionnellement la présence d'une méningite purulente, diffuse. Quand le trouble du liquide est franchement laiteux, même avec une trace de nuance jaunâtre, il ne peut y avoir de doute à cet égard. Et même quand le trouble est si léger, qu'il faille pour le déceler faire la comparaison avec l'eau pure, on peut avec grande vraisemblance conclure à une méningite purulente diffuse. L'examen microscopique indique en effet dans ces cas une augmentation pathologique du nombre des leucocytes, qui renferment aussi plusieurs noyaux. On y trouve également des germes pathogènes, qui varient suivant la nature de la méningite : pneumocoques, streptocoques, etc.

Très exceptionnellement, le trouble existe sans qu'il y ait méningite ; on trouve alors soit une

augmentation des leucocytes, soit la présence de substances chimiques, qui se déposent ; jamais en pareils cas il n'y a de bactéries.

Au point de vue pratique, il faut admettre l'incurabilité de la méningite purulente diffuse, quoique l'on cite quelques cas exceptionnels de guérison ; encore s'y trouve-t-il des pneumocoques, mais jamais de streptocoques.

Si donc chez un malade on a posé le diagnostic d'abcès du cerveau, d'abcès extra-dural, ou de thrombose des sinus, mais que certains symptômes méningés puissent faire penser à la méningite purulente diffuse, on pratique une ponction lombaire. Le liquide cérébro-spinal est-il clair et transparent comme de l'eau de roche, il faut éliminer toute crainte de méningite, et opérer le malade avec l'espoir de le sauver.

Le liquide cérébro-spinal ne présente-t-il que des traces de trouble, c'est, dans l'immense majorité des cas, la méningite purulente diffuse, qui va causer la mort du malade. Néanmoins il faut rechercher la présence de bactéries, en raison des exceptions citées plus haut, et seule la découverte de germes pathogènes rendra toute opération illusoire.

A remarquer que le liquide spinal rend les bactéries moins sensibles aux colorants, et qu'il est nécessaire pour faire un examen absolument certain, de laisser agir la solution alcoolique de bleu de méthylène, non pas pendant 15 minutes, mais bien pendant une demi-heure.

Grunert ne parle pas du diagnostic par la ponction lombaire de cette méningite séreuse, qui serait due à l'action des toxines otogènes, car les données que nous possédons sur son existence sont encore peu précises.

Il ne faut pas oublier que parfois la ponction lombaire est susceptible de déterminer des accidents qui peuvent être graves ; une tumeur du cervelet est quelquefois cause de la mort. L'issue d'une trop grande quantité de liquide cérébro-spinal, et surtout l'aspiration de ce liquide au moyen d'une seringue de Pravaz sont des circonstances souvent fatales. L'écoulement trop rapide du liquide amène parfois une augmentation de la céphalée, des vertiges, de l'irrégularité du pouls, des tremblements dans les jambes ; aussi faut-il, quand ces phénomènes se produisent, arrêter momentanément l'issue du liquide, pour éviter une décompression trop brusque du cerveau. Grünert conseille de retirer au maximum 40 cent. cubes de liquide.

Enfin, quoique l'aiguille ait été bien enfoncée dans la cavité spinale, la ponction peut rester blanche, soit que des adhérences méningées séparent complètement les cavités cérébrale et médullaire, soit que des flocons muqueux, des fibres conjonctives, des fausses membranes obturent l'aiguille. La piqûre d'un vaisseau sanguin est également une complication fâcheuse, et même fatale ; le liquide sort mélangé de sang, et le sang peut pénétrer dans la cavité médullaire pour y former des caillots (accident vérifié à l'autopsie par Grünert).

Néanmoins, on peut dire que l'introduction de la ponction lombaire en otologie constitue un grand progrès.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Un nouvel anesthésique local : La Novocaïne.

La cocaïne avait longtemps été considérée comme le médicament idéal pour l'anesthésie locale : mais elle occasionnait assez souvent des accidents toxiques et différentes préparations avaient été étudiées dans le but de la remplacer. Parmi celles-ci la stovaïne et l'alypine méritaient le plus d'attention.

Un nouveau produit vient de naître en Allemagne, et, malgré tout le scepticisme que l'on doit avoir à l'égard des médicaments récents, celui-ci semble devoir rapidement conquérir droit de cité, et devenir l'anesthésique local de l'avenir. C'est la novocaïne, ou monochlorhydrate de p.-amino-benzoyl-diethylaminoéthanol.

Il se présente sous la forme d'une poudre blanche, dont les solutions aqueuses se laissent facilement stériliser à plusieurs reprises, sans subir d'altérations. Quand on y ajoute la suprarénine, non seulement l'action de ce dernier corps n'est pas affaiblie par le mélange, mais elle se trouverait même exaltée. A remarquer que ces deux substances, mélangées en solution, ne peuvent être soumises qu'à une ébullition de courte durée, car le principe actif de l'extrait de capsules surrénales s'altère vite par la chaleur. Il résulte des recherches expérimentales que ce mélange répondrait à tous les desiderata de l'anesthésie locale.

La novocaïne est 3 fois moins toxique que la stovaïne ; elle l'est 6 à 7 fois moins que la cocaïne.

Danielsen (*Münch. Med. Wochens.*, 1905, n° 46) recommande les solutions à 1 ou 2 pour cent, soit pour l'anesthésie locale par injection directe, soit pour l'anesthésie par infiltration suivant la méthode de Schleich. Il emploie la solution à 10 % pour l'anesthésie des muqueuses. Les solutions stérilisées sont conservées en petits tubes de verre opaque de 10 cent. cubes.

La novocaïne a été employée jusqu'à présent par Danielsen dans 60 cas, 57 fois avec succès complet, 3 fois avec insuccès (soit 5 %). Quelques améliorations de technique donneront certainement de meilleurs résultats.

Les observations de Danielsen sont d'ailleurs concordantes avec celles de Brauns et de Hainecke-Lawens : il résulte donc de 255 cas que la novocaïne a été reconnue non irritante ; c'est un anesthésique local rapide et intense : aucune action toxique secondaire ; aucun phénomène douloureux ; aucune action irritante ou nécrotique. Son prix de revient est très modéré.

Bref la novocaïne, dit Schmidt (*Ibid.*) présente sur la cocaïne les avantages d'être moins toxique, d'avoir un pouvoir anesthésique plus intense, de ne jamais provoquer d'accidents secondaires. Son action est également plus rapide que celle de la cocaïne. Pour les opérations de petite chirurgie, sur les doigts, les orteils, l'auteur injecte 3 à 5 cent. cubes d'une solution à 1 pour cent (0,03 à 0,05 de novocaïne).

Pour les injections douloureuses de médicaments tels que les émulsions d'iodoformes dans la tuberculose articulaire, l'arséniate de soude

dans les cancers inopérables, il injecte 1 à 2 cent. cubes d'une solution à 1 pour cent.

Pour l'extraction des dents, on se sert d'une solution à 1 ou 2 %, et on en injecte 3/4 de centimètre cube dans la muqueuse de la paroi alvéolaire externe. 1/4 de centimètre cube du côté interne. Au bout de cinq minutes, l'anesthésie est suffisante. Des extractions difficiles de racines peuvent même être pratiquées sans douleur. Quand la dent semble facile à prendre, il suffit de badigeonner la gencive avec une solution au titre de 10 pour cent.

La conservation du lait par l'eau oxygénée.

Le lait provenant de vaches malades peut propager la tuberculose, le charbon, la fièvre aphteuse, parfois aussi la morve, la variole, la rage. Par l'infection du lait, est rendue possible la dissémination de la fièvre typhoïde, du choléra, de la dysenterie, de la scarlatine, de la diphtérie, etc. La pasteurisation, ou mieux la stérilisation du lait dans ce procédé détruit presque complètement les microorganismes; par contre, la chaleur altère ou annihile les enzymes et les ferments du lait, ainsi que ses éléments bactéricides. De plus, les fortes températures nuisent à la teneur du lait en albumines solubles (albumine, globuline), en lécithine; ainsi qu'à sa coagulation en présence du lab-ferment ; en même temps la lactose se caramélise partiellement ; le goût et la couleur du lait s'altérèrent, sa fermentation devient plus facile ; des produits toxiques (hydrogène sulfuré) peuvent se former par la décomposition de l'albumine ; les graisses ne sont plus finement émulsionnées, et par suite elles deviennent plus difficilement résorbables ; finalement les germes survivants forment des toxines ou favorisent la fermentation de l'albumine.

Le froid a été également employé, mais sans résultats concluants, pour conserver le lait. La conservation et la stérilisation ont ensuite été tentées par les procédés chimiques : soude, acide borique, borax, acide salicylique, sulfite de soude, bichromate de potassium, hexaméthylentetramine, etc. Ces temps derniers, von Behring a conseillé l'addition de formol à la dose de 1 pour 25.000 ou 40.000. Mais les germes pathogènes (fièvre typhoïde, dysenteries, choléra) ne sont pas complètement détruits, et d'autre part l'altération des albumines et des lab-enzymes entrave la lab-coagulation. Comme il était dangereux pour les nourissons de consommer du lait additionné de substances chimiques, une circulaire ministérielle a interdit l'emploi de ce mode de conservation.

Un moyen, dit Baumann (*Münch. Med. Wochens.*, 1905, n° 23), qui pratiquement stérilise suffisamment le lait, et permet de le conserver huit jours durant tout en étant inoffensif pour la santé, c'est l'eau oxygénée, recommandée par Heidenhain, il y a quelques années. Le procédé, récemment recommandé par Budde pour stériliser le lait par l'eau oxygénée, sans le rendre indigeste, est le suivant : on chauffe le lait à 48° ou 50° ; on y ajoute de l'eau oxygénée dans la proportion de 0,35 pour 1000 ; on le laisse une demi-heure durant à cette température, puis on le porte à 52° pendant deux à trois heures. De la sorte le lait se conserve sans fermenter pendant 8 à 10 jours, les germes pathogènes y sont détruits.

Voici quels sont les résultats obtenus par Baumann dans ses essais, entrepris pour vérifier l'efficacité de ce procédé. De petites quantités d'eau oxygénée, ajoutées au lait, y détruisent complètement les germes de la fièvre typhoïde, du choléra, de la dysenterie. Si la teneur en $H^2 O^2$ descend au-dessous de 0,35 pour 1000, si la température n'atteint que 20°, les germes précédents ne font que diminuer de nombre. Le bacille de Koch se comporte de la même façon. L'eau oxygénée se décompose complètement en oxygène et en eau ; il n'en reste des traces que si la proportion du mélange atteint ou dépasse 0,54 pour 1000. Cette décomposition se produit, non pas sous l'influence des enzymes, mais sous celle des germes du lait.

L'eau oxygénée ne fait que retarder légèrement la coagulation par le ferment-lab ; celle-ci se produit sous la forme de flocons fins. La digestion par la pepsine semble plus rapide et plus énergique après l'action de l'eau oxygénée. Le goût du lait ne se trouve nuellement altéré.

L'eau oxygénée paraît en conséquence devoir être préconisée pour la conservation du lait ; on recommande toutefois de l'additionner aussitôt après la traite.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'association du médecin et du pharmacien comme garantie de la santé publique.

26 juin 1906.

Très honoré confrère,

Après tant d'autres, je viens vous prier de me donner l'hospitalité de votre si estimé journal pour exposer à mes confrères une idée sur laquelle j'appelle toute leur attention et demande leur avis et leurs réflexions. Mon unique but est de provoquer une discussion aussi complète que possible, pouvant faire aboutir à une solution pratique. Cette idée, la voici :

De tous ceux qui se livrent à l'exercice illégal de la médecine, se trouvent au premier rang les pharmaciens. Ce fait est tellement évident, tellement sûr que, j'en suis persuadé, je ne trouverai aucun contradicteur, même pharmacien. Les exemples affluent de toute part : en ville, il y a les pharmacies commerciales, où les patients ont la bonne fortune d'être guéris presque gratis et les docteurs en pharmacie qui, abusant de leur titre, donnent ouvertement des consultations à tous leurs clients ; en campagne, c'est pis encore. Pour ma part, sur 10 malades que je vois, il s'en trouve 9 au moins, sinon 10, qui ont fait d'abord appel aux lumières de l'apothicaire, et la bêtise humaine est si grande que je connais des malades, traités depuis 5 ou 10 ans par le pharmacien et qui préféreront souffrir et mourir plutôt que d'avoir recours au médecin. D'ailleurs, demandez à un campagnard quel est celui en qui il a le plus confiance, du pharmacien ou du médecin — il vous dira très franchement : « le médecin a certainement du bon — dans les cas désespérés seulement — mais la plupart du temps le pharmacien est préférable, car il s'y connaît

aussi bien, sinon mieux que le médecin pour soigner les maladies ordinaires et puis ça coûte beaucoup moins cher ». Voilà leur argument suprême. Renoncez à leur démontrer le contraire, vous n'y réussirez pas. Le pharmacien d'abord, le médecin *in extremis*, voilà la situation actuelle.

Lorsque pharmacien et médecin s'entendent — ce qui devrait toujours être, mais est malheureusement l'exception — le mal n'est pas grand, le pharmacien se faisant un devoir de se tenir dans les limites strictes de sa profession ; mais, lorsqu'il y a discorde entre les deux, la situation du médecin devient périlleuse. — On m'objectera qu'il y a des sanctions pénales contre le pharmacien convaincu d'exercice illégal de la médecine ; je le sais ; mais ce que j'ignore, c'est le moyen *sûr* d'établir la culpabilité du pharmacien et de le faire condamner. Que ceux de mes confrères qui ont été victimes de cet accident et qui ont essayé d'obtenir réparation exposent au grand jour leurs tribulations et le résultat final négatif de toutes leurs peines, les optimistes seront vite convaincus que le meilleur, pour le pauvre diable de médecin, est encore de se tenir coi.

Le médecin faisant la pharmacie n'a pas à craindre pareil danger. Il est maître de ses clients ; il les voit dès le début de leur maladie : vient-on lui chercher deux sous de teinture d'iode pour un rhume, il y ajoute la petite potion expectorante et calmante ; il a parfaitement raison et je dirai même qu'il fait son devoir, puisqu'il évite ainsi des complications. Au point de vue professionnel et pécuniaire — ce qui n'est pas à dédaigner à notre époque — le médecin-pharmacien est donc le privilégié. Mais que, dans sa commune, un pharmacien s'installe, voilà son poste très déprécié et le désarroi jeté dans sa vie. Et c'est ce qui arrivera de plus en plus puisque la pléthore pharmaceutique est au moins aussi grande que la pléthore médicale.

La situation de tous les médecins est donc sérieusement en danger par suite de l'accroissement considérable des pharmacies. Quel remède apporter à ce mal ? J'en propose un qui, au premier abord, *paraîtra irréalisable*, parce qu'il bouleverserait la pharmacie. Mais, en l'étudiant mieux, j'espère qu'il retiendra l'attention de mes confrères. En tous cas, c'est une voie nouvelle que j'indique, n'en ayant pas, à ma connaissance, entendu encore parler. La voici : Désormais, tous les médecins feront eux-mêmes la pharmacie ou la feront faire par un pharmacien qui ne sera plus commerçant, mais sera directement placé sous les ordres et le contrôle du médecin, *seul responsable.*

Je m'explique : si je désire faire la pharmacie moi-même, je suis libre ; si je ne le veux pas pour un motif quelconque, alors je fais appel à un pharmacien que je paie, qui est absolument à mes ordres et qui n'a plus aucune responsabilité. Les pharmacies-boutiques, drogueries, épiceries et surtout cabinets de consultation seraient ainsi complètement supprimées. Le pharmacien et son employeur seraient liés par un contrat *ad hoc*, assurant au premier les moyens de gagner honorablement sa vie. En ville, les médecins désigneraient 2, 3... pharmaciens placés sous leurs ordres et leur contrôle absolus.

J'estime que ce projet est le seul permettant au médecin d'avoir entièrement le malade surtout si les syndicats se décident — avec le bienveillant concours des élus et des magistrats — à réagir énergiquement contre les sorciers, rebouteurs et charlatans de toutes sortes.

J'entends les invectives et aussi les ricanements et les plaisanteries des pharmaciens. Qu'ils réfléchissent un peu et ils s'apercevront que ce projet leur sera au moins aussi profitable qu'aux médecins, sinon de suite, au moins dans un avenir prochain. Ce sera le meilleur moyen d'enrayer la pléthore pharmaceutique qui vaut bien la peine d'être prise en sérieuse considération — et d'empêcher bon nombre de pharmaciens qui végètent de rabaisser leur profession au métier de vulgaire épicier ou de commettre des malpropretés qui le déshonorent. Quant à ceux qui tirent le plus clair de leurs bénéfices ne l'exercice illégal de la médecine, ils feront certainement une vilaine grimace. Mais ils auront la sincérité de reconnaître que c'est surtout par leur faute que les médecins se voient contraints de leur livrer une lutte de jour en jour plus acharnée et qui ne se terminera que par une modification complète et radicale de la pharmacie ou malheureusement par une rupture absolue entre les deux corporations. Il vaut mieux s'entendre pendant qu'il en est temps encore.

Je soumets ce projet, je dirais plus exactement : cette simple idée, à tous les intéressés, en les priant de me dire très franchement leur opinion, qu'elle qu'elle soit. Je suis certain que les colonnes du *Concours* seront à leur entière disposition.

Dans cet espoir, je vous prie d'agréer, très honoré confrère, avec mes vifs remerciments, l'assurance de mes meilleurs sentiments dévoués.

Dr Veillon,
Vallon-en-Sully (Allier).

N. D. L. R. — Le principe en honneur dans ce journal étant que l'on y peut *discuter* de toutes questions professionnelles à condition qu'on n'en *dispute* pas, rien ne nous empêche, en effet, de publier la lettre de M. le Dr Veillon, malgré la hardiesse de la proposition qu'elle contient. Nous connaissons des pharmaciens qui n'ont pas trop pris la mouche quand leur fut tenu un langage qui se rapprochait de celui-là. Il semble même, si nous avons bien lu le *Concours pharmaceutique*, que certains membres des deux professions se familiariseraient bien avec l'idée d'études absolument identiques faites par les deux groupes d'étudiants jusqu'à une époque très avancée de la scolarité, puis d'une bifurcation, presque à la fin de celle-ci, préparant l'un des groupes à la visite des malades, au diagnostic, à la prescription, l'autre à la vie de laboratoire destinée à fournir au premier tous les éléments possibles de recherches étiologiques et de ressources thérapeutiques de tout genre. — Pour la pratique, après le diplôme, il y aurait association libre entre un des médecins et un des pharmaciens provenant ainsi d'une formation commune, l'un complétant l'autre dans le diagnostic et le traitement.

Utopie, dira-t-on ? Possible, puisque l'idée est nouvelle et devrait subir d'abord l'assaut de toutes les routines. Mais la santé publique ne serait-elle pas en meilleures mains ? Médecin et pharmacien ne seraient ils pas tous deux grandis sous un régime de ce genre ? N'y verrait-on pas disparaître aussi les graves dangers de la situation actuelle ?

Si neuves que soient ces vues, ne méritent-elles pas quelque attention ?

Le service de la vaccination en 1906.

Quelques documents nous sont parvenus au sujet des modifications projetées dans les services départementaux de la vaccination.

Du chaos qui continue de régner, quelques indications se dégagent-elles ?

Les médecins luttent en général pour la liberté du choix du médecin même par ceux qui profitent de la gratuité.

Beaucoup de municipalités à esprit large permettent aux médecins de faire les séances de vac-

cination chez eux, à leur cabinet, au jour choisi par eux ; elles se contentent des certificats et les choses n'en vont pas plus mal.

L'avenir de l'application de la loi est évidemment là.

Mais, en attendant, l'Administration joue, avec fantaisie et succès médiocre, du garde champêtre, du secrétaire de mairie, du tambour et de l'afficheur, du médecin fonctionnarisé à cinquante centimes et moins, ce qui n'empêche pas les séances gratuites d'être en somme moins goûtées du public que l année dernière.

Parmi les études intéressantes qui nous sont parvenues à ce sujet, donnons celle du Cantal, provoquée par la proposition de M. le Dr Gabriel Peschaud, président du syndicat médical et ancien député de Murat.

Le rapport du préfet s'en exprime ainsi qu'il suit.

Service de la vaccination.

Conformément à votre décision du 23 août dernier, j'ai examiné, de concert avec M. l'Inspecteur de l'assistance publique, la proposition de M. le Dr Peschaud concernant les modifications qui pourraient être apportées au règlement départemental sur le service de la vaccination.

La proposition de M. le Dr Peschaud vise trois points principaux :

1° Elle pose le principe que tout médecin doit pouvoir contribuer au fonctionnement du service de la vaccination et que le choix du médecin doit être laissé aux assujettis ;

2° Elle exclut de la gratuité de la vaccination les personnes non privées de ressources.

3° Ele modifie les tarifs actuellement en vigueur.

1er *Point.* — Il n'existe, théoriquement, aucune raison d'exclure de la pratique officielle du service de la vaccination tel ou tel médecin ; mais s'il est possible de décider que tous les médecins du département concourront au fonctionnement de ce service, il ne semble pas qu'il le soit de laisser aux assujettis le libre choix de leur médecin.

En effet, le seul moyen pratique d'arriver à ce résultat serait de délivrer dans chaque mairie, ainsi que le propose M. le Dr Peschaud, des bulletins de vaccination avec lesquels les assujettis se présenteraient chez le médecin de leur choix.

Ce système, très simple s'il pouvait être généralisé et rendu obligatoire, aurait le double avantage de respecter à la fois et la liberté de l'assujetti et les intérêts des membres du corps médical qui, tous, pourraient collaborer au service et dont chacun recevrait des honoraires exactement proportionnés au nombre de vaccinations qu'il aurait faites.

Il ménagerait aussi les finances publiques puisque les frais de déplacement des vaccinateurs seraient nuls.

Mais, dans l'état actuel de la législation, aucune disposition réglementaire ne peut obliger les assujettis — indigents ou non — à se rendre au domicile d'un médecin en vue de la vaccination ; l'art. 4 du décret du 27 juillet 1903 prescrit, au contraire, que, *dans chaque commune* devront avoir lieu les séances de vaccination et de revision.

Il ne faut pas perdre de vue, d'ailleurs, que le nombre des personnes soumises à la vaccination est considérable — 30.000 environ en 1905 — et que la plupart sont des enfants qu'il faut accompagner et dont beaucoup ont moins d'un an.

Pourrait-on, pratiquement, obliger un aussi grand nombre de personnes à un déplacement parfois considérable et deux fois répété (vaccination et révision) alors qu'il est déjà bien difficile de les amener au chef-lieu de la commune, centre de la vaccination ?

Les assujettis, ne pouvant être tenus de se rendre au domicile du médecin, doivent donc, pour satisfaire aux obligations légales, se présenter aux séances officielles de vaccination et il ne peut plus alors être question de leur laisser le choix d'un médecin, les finances publiques étant directement intéressées à ce qu'un seul médecin vaccinateur soit désigné pour chaque commune.

Nous sommes donc obligés d'en revenir, conformément aux dispositions de l'art. 2 du décret susvisé, à la nomination d'un médecin pour une ou plusieurs communes, par conséquent, à la création de circonscriptions.

Mais, pour entrer dans les vues de M. le Dr Peschaud, qui m'ont semblé être aussi les vôtres, Messieurs, je vous proposerai de décider : 1° qu'il soit créé autant de circonscriptions de vaccination qu'il y a, dans le département, de médecins en exercice désireux de collaborer au fonctionnement de ce service ; — 2° que, chaque année, ces circonscriptions soient révisées et modifiées, s il y avait lieu, suivant les variations qu'aurait pu subir, au cours de l'année, le corps médical tant dans sa composition que dans la résidence de ses membres ; — 3° que la détermination des circonscriptions soit faite par mon administration en tenant compte de la situation topographique des communes par rapport à la résidence des médecins de manière à réduire à un strict minimum les frais de déplacement.

Je me réserverais naturellement le droit d'exclure tout médecin qui, par négligence ou par mauvaise volonté, n'exécuterait pas le service qui lui aurait été confié.

Cette solution donnée à la 1re partie de la proposition de M. le Dr Peschaud donnerait lieu, sur les frais de déplacement, à une économie qui pourrait être évaluée, approximativement, à 1.500 francs.

2e *Point.* — En second lieu, M. le Dr Peschaud propose que « la vaccination, obligatoire pour tous, ne soit gratuite que pour les indigents inscrits sur les listes d'assistance médicale gratuite ou pour les personnes qui auront demandé leur inscription à titre d'indigents sur les listes de vaccination ».

Cette proposition est, en soi, absolument équitable ; il semble, en effet, anormal de laisser à la charge d'une collectivité quelconque, par suite à la charge des contribuables, des dépenses qui, sans gêne aucune, pourraient être supportées, dans la plupart des cas, par les intéressés.

Mais le Conseil général ne peut, même dans un but de stricte équité, modifier des dispositions législatives

Or, sans extraire des loi, décret et circulaire sur la matière, les nombreuses dispositions desquelles découle la gratuité *pour tous*, indigents ou non, des séances de vaccination, je me bornerai à vous citer l'extrait suivant d'un rapport déposé au Conseil général du département de l'Ain, dans sa séance du 3 mai 1905 :«Le Conseil général avait été appelé, au cours de ses sessions de 1904, à se prononcer, en exécution des prescriptions de la loi du 15 février 1902, sur le projet d'organisation du service de la vaccine. L'assemblée départementale n'avait pas adopté le projet qui lui était soumis, exprimant le desir que la vaccination, obligatoire pour tout le monde, ne soit gratuite que pour les indigents à la charge de l'assistance médicale.

« M. le Ministre de l'Intérieur a rappelé, par dépêche du 31 octobre 1904, qu'en vertu de la loi du 15 février 1902 et du décret du 27 juillet 1903, le service de la vaccination devrait être créé conformément aux principes posés, c'est-à-dire que les séances gratuites de vaccination et de revaccination doivent être ouvertes non seulement aux personnes privées de ressources, mais aux personnes de toutes conditions devant subir les operations vaccinales... »

Ce passage d'une lettre ministérielle ne laisse aucun doute sur l'interprétation qu'il y a lieu de donner à la loi et au décret sur la matière.

D'ailleurs, la question a été soulevée, au cours de la discussion de la loi à la Chambre des députés, par M. Vilfeu qui posait ce principe que « du mo-

ment que la vaccination était rendue obligatoire *pour tous*, elle devait être gratuite *pour tous* ». Et afin de bien préciser ce point, il posait cette question très nette : « L'opération sera-t-elle faite gratuitement ? Evidemment », répondait M. le Commissaire du gouvernement.

La gratuite de la vaccination *pour tous* est donc hors de conteste et j'estime que, sur ce point, le Conseil général pourrait seulement donner la forme de vœu à la proposition de M. le Dr Peschaud.

3e *Point.*— Dans la 3e partie de sa proposition, M. le Dr Peschaud demande que les vaccinations et revaccinations soient tarifées au prix de 0 fr. 50 par unité et qu'une somme de 0 fr. 50 soit aussi allouée pour chaque révision et délivrance de certificat, les déplacements étant calculés d'après les tarifs de l'assistance médicale.

L'application de ces tarifs à l'année 1905 aurait donné lieu à un accroissement de dépenses de plus de 18.000 francs.

Tel n'est assurément pas le but poursuivi par M. le Dr Peschaud qui réfute à l'avance l'argument que l'on pourrait tirer de cet accroissement de charges en disant que le nombre des opérations gratuites sera considérablement diminué puisque, d'après ses propositions, les indigents seuls seraient admis aux séances gratuites de vaccination.

Cette question, pour M. le Dr Peschaud, est donc étroitement liée à la précédente.

Or, ainsi que je le disais plus haut, les séances de vaccination, de revaccination et de revision doivent être gratuites et ouvertes à tous les assujettis, sans distinction de condition ; la situation, à ce point de vue, restera donc ce qu'elle est aujourd'hui et l'adoption des tarifs proposés doublerait et au-delà la dépense du service.

D'ailleurs, si l'on admet le système du paiement par unité de vaccination, de revaccination ou de revision, quel que soit le taux adopté par unité, les médecins résidant dans les centres importants ou qui ont dans leur voisinage immédiat des communes d'une certaine importance, seront favorisés.

Ainsi, tel médecin qui se rendra dans une petite commune située à 18 kilomètres pour y vacciner 15 personnes, par exemple, recevra, à 0 fr. 50 par unité, 7 fr. 50 plus 18 francs d'indemnité kilométrique, soit au total 25 fr. 50, alors que tel autre médecin de centre d'une certaine importance, pourra dans une seule séance et sans déplacement, vacciner 80, 100 ou 120 personnes et recevoir ainsi 40, 50 ou 60 francs.

C'est dans le but d'atténuer, dans la mesure du possible, les inconvénients résultant pour certains médecins de la situation de leur résidence que les tarifs actuellement en vigueur ont été déterminés par séance de 30 ou de plus de 30 vaccinations. Il est vrai que ces tarifs ne donnent pas lieu à des honoraires en rapport absolu avec l'importance des opérations faites par chaque médecin ; mais il est difficile d'arriver à la conception d'un service idéal.

Il y a lieu, toutefois, de tenter de s'en approcher et, pour donner satisfaction au corps médical dans la mesure compatible avec les ressources financières du département, je vous proposerai, Messieurs, de maintenir le système du paiement par séance en augmentant le nombre des catégories. Ainsi, au lieu d'allouer 5 fr. pour 30 opérations et au-dessous et 10 fr. pour plus de 30 opérations (tarifs actuels), il serait établi quatre catégories, savoir :

1re catégorie,	de 1 à 25 opérations	......	5 fr.
2e —	de 29 à 50	—	10 »
3e —	de 51 à 75	—	15 »
4e —	de 76 à 100 et au-dessus	...	20 »

La revision des opérations donnerait lieu à des honoraires calculés d'après les même bases et les frais de déplacement resteraient fixés comme il est dit à l'article 16 du règlement.

(1 fr. le kilomètre aller et retour).

Dans les communes où, en raison du grand nombre des assujettis, plusieurs séances de vaccination ou de revision seraient nécessaires, chaque séance devrait comporter au moins cent vaccinations ou revisions.

Ce système relèverait assez sensiblement les honoraires médicaux et les proportionnerait au travail effectué plus exactement que le système actuellement en vigueur.

L'augmentation de charge en résultant pour le département serait à peu près compensée par l'économie sur les frais de déplacement qui serait la conséquence, ainsi qu'il est dit ci-dessus, de la participation de tous les médecins à la pratique de la vaccination.

Il serait, en outre, recommandé aux vaccinateurs, chaque fois que la situation topographique le permettrait, de faire, au cours d'une même sortie, les vaccinations dans plusieurs communes ; l'indemnité kilométrique serait alors répartie entre ces communes au prorata de la distance de chacune d'elles à la résidence du médecin.

MODIFICATIONS BUDGÉTAIRES.

Les crédits prévus au budget de 1906 pour le service de la vaccination sont les suivants :

Chapitre 1er, article 49	3.300 fr.
Chapitre 8, article 17	1 900 fr.
Total	5.200 fr.

Or, les dépenses de l'année 1905, pour honoraires des médecins seulement, ont été de 10.140 francs.

Il est à présumer que les dépenses de l'année 1906 seront sensiblement de même importance et on peut prévoir de ce chef, sans s'éloigner beaucoup de la vérité, une dépense de 10.000 francs, dont 3.330 fr. à la charge des communes article 17 du chapitre 8, et 6.670 fr. au chapitre 1er article 49.

D'autre part, la mise en œuvre successive des dispositions de la loi du 15 février 1902, relative aux assemblées sanitaires, à la réglementation sanitaire municipale, à l'assainissement des localités et des immeubles insalubres, à la vaccination obligatoire aux épidémies, etc., donne lieu à une somme de travail qui s'accroît de jour en jour et qui deviendra plus lourde encore lorsque le règlement d'administration publique sur la désinfection sera promulgué.

L'extension prise, dès à présent, par les services qui découlent de l'application de la loi sur la santé publique est telle que j'aurais dû déjà vous proposer, Messieurs, une création d'emploi si le personnel de de l'assistance publique du Cantal ne m'avait apporté son concours.

Dans la plupart des départements, d'ailleurs, le fonctionnement des nouveaux services a donné lieu à la création d'organes nouveaux. C'est ainsi que dans le département de la Côte-d'Or, un crédit de 2.500 fr. est alloué au personnel chargé de la direction et du fonctionnement des services d'hygiène; 3.000 fr. sont attribués au même personnel dans le département d'Indre-et-Loire ; 4.700 fr. dans le département de l'Isère ; 5.000 fr. dans celui du Var, etc.

Pour prendre un exemple dans une région voisine de la nôtre et dont les conditions de milieu sont à peu près les mêmes, je citerai enfin le département de la Lozère, moins important même que celui du Cantal et où une indemnité de direction 600 francs est alloué à l'inspecteur de l'assistance publique et une indemnité de 900 francs à son personnel.

Il serait profondément injuste, Messieurs, — et nul de vous ne le contestera — de ne pas indemniser le personnel de l'assistance publique du Cantal qui, en dehors et en plus de ses attributions ordinaires, a consenti à assumer la direction, l'organisation et le fonctionnement des services nouveaux et a évité ainsi la création d'un emploi qui eût causé une charge plus lourde au département.

Une autre conséquence de la mise en pratique des loi et décrets sur la santé publique est l'augmentation des frais d'impression. Le service de la vaccination, à lui seul, donne lieu de ce chef à une dépense de plusieurs centaines de francs, dont la plus grande part, il est vrai, est à la charge des communes.

La conclusion générale de ce rapport administratif est que les idées de M. Peschaud et des médecins sont justes et pratiques, respectueuses de la liberté de confiance des citoyens, seules franchement compatibles avec l'intérêt de la santé publique et l'équité budgétaire, mais...... qu'il y a eu des décrets encore entachés de caporalisme.

Eh bien ! les décrets sont faits pour être rapportés quand l'expérience n'en a pas réussi.

MM. Clémenceau et Mirman ne sont pas de ceux, croyons-nous, qui se refuseraient systématiquement à constater et à réparer une erreur qui ne leur est pas imputable.

La réorganisation de notre mécanisme syndical.

Nous nous empressons d'enregistrer, d'après le *Petit Praticien*, de Lille, la première réponse au projet Bolliet, que nous avons publié au n° 25 du *Concours*.

Le signataire de cette réponse est notre dévoué *correspondant* du département du Nord : il avait été un peu le précurseur de M. Bolliet dans cette campagne en faveur de la constitution de fédérations régionales, dont l'idée fut présentée pour la première fois par le Dr J. Noir, il y a 4 ou 5 ans.

L'approbation complète de nos confrères du Nord était donc à prévoir. Le Dr Lambin la donne en ces excellents termes.

Nos confrères de Lyon, et le docteur Bolliet en particulier, ont droit à toutes nos félicitations pour le magnifique rapport de ce dernier, et pour le projet d'Union de Fédérations qu'ils vont soumettre à l'Union des Syndicats médicaux de France et à tout le corps médical.

Le rapport que nous avons tous lu dans l'*Avenir Médical* constitue le document le plus complet qui ait paru sur l'histoire des Syndicats médicaux, leur état actuel, dont la caractéristique est la dissémination des énergies, source de tous les échecs, et la puissance qu'ils auront dans l'avenir par une concentration logiquement combinée de toutes les forces éparses aujourd'hui.

Ce n'est pas aux médecins du Nord qu'il faut démontrer l'utilité des Unions régionales de Syndicats. Cependant, un passage du rapport nous a frappé tout particulièrement. C'est lorsque M. le docteur Bolliet parle de leur activité, de la cohésion qu'elles entraînent et des groupements qu'elles sont appelées à susciter :

« Depuis trois ans, écrit-il, l'Union du Sud-Est a « vu, sous son initiative, éclore dans notre région, « six syndicats : Hautes-Alpes, Bourg, Bugey et « pays de Gex, Chambéry, Trévoux, Valence. »

Les mêmes résultats n'ont-ils pas été obtenus chez nous, depuis que nous avons résuscité la Fédération du Nord et du Pas-de-Calais : Armentières, Tourcoing, Dunkerque, Seclin et Calais ont fondé des syndicats aussitôt fédérés que constitués. Et la liste n'est pas close !

Les mêmes causes produiront partout les mêmes effets, et c'est le plus solide argument que l'on puisse produire en faveur de la *nécessité* de ces Unions régionales.

Si tant de syndicats sommeillent aujourd'hui et limitent leurs travaux à une assemblée générale suivie du banquet traditionnel, c'est parce qu'il n'y a pas derrière eux le stimulant de la cohésion avec les Associations voisines, l'ardeur née des victoires locales obtenues par l'Union ; parce qu'une lutte quelconque avec les collectivités bien *organisées* dégénère fatalement en défaite pour le syndicat *isolé*, grâce, hélas ! trop souvent, aux transfuges du corps médical. Ces derniers osent aujourd'hui, sûrs qu'ils sont de l'impunité ; devant une Fédération de syndicats unis, ils hésiteront, la crainte du refus (régional) de consultations et d'autres sanctions devant être pour eux le commencement de la sagesse.

—

Le docteur Bolliet se défend, à plusieurs reprises, dans son rapport, de vouloir tenter une décentralisation au profit de la province et au détriment de l'Union (actuelle) des Syndicats médicaux de France. Il insiste, avec raison, car certains ne manqueraient pas de lui adresser le reproche de vouloir détruire sans édifier.

Chiffres en mains, il fait le parallèle entre l'Union naissante de 1884, comprenant 74 syndicats sur plus de 150, et celle de 1905 (après vingt et un ans d'existence), englobant 70 associations, soit LA MOITIÉ des syndicats existants.

Il nous fait toucher du doigt l'inertie du *très grand* nombre de nos groupements, lorsqu'il a été question, en 1904, d'envoyer à l'Union, les tarifs en usage, pour la révision de l'article IV de la Loi-Accidents.

Quarante-cinq réponses furent enregistrées, dont quinze de Syndicats ou Fédérations non adhérents.

Il explique cette apathie en déclarant que « la non-« adhésion à l'Union de plus de la moitié des syndi-« cats actuels, l'inertie ou la disparition d'un cer-« tain nombre de Syndicats, l'absence de ces grou-« pements dans beaucoup de régions, semblent pro-« venir, en grande partie, d'un *défaut d'unité* et de « *méthode* dans l'organisation des syndicats médi-« caux. »

Avec lui, nous proclamons que cette Union travaille, et que les médecins dévoués qui en constituent la cheville ouvrière ont rendu et rendent toujours au corps médical d'éminents services ; leur place est toujours à l'Etat-major de notre armée professionnelle, mais il nous sera permis de dire avec lui que l'organisation créée par Gezilly ne répond plus aux besoins du moment, et qu'un mécanisme nouveau, emprunté à la tactique moderne, peut seul parvenir à secouer (peut-être) l'indifférence du corps médical, et nous permettre de lutter contre les collectivités, le fonctionnarisme, etc., en un mot, contre tous les ennemis du dehors et du *dedans*.

Cette tactique moderne, mais les ouvriers et les mutualistes en usent depuis longtemps, et avec plein succès.

Ce sont des Syndicats ou Associations réunis par régions, sous le nom de Fédérations ; ce sont les délégués de ces Fédérations formant, avec un *Comité permanent*, le Centre vers lequel convergent les desiderata et d'où émanent les décisions.

La formule n'est peut-être pas aussi simple pour nous, médecins, dont les situations sont différentes et les aspirations dissemblables.

Mais, laissant à part un petit nombre d'élus, qui, en général, se soucient de la Fraternité médicale comme un poisson d'une guigne, n'avons-nous pas un minimum de revendications à établir et à faire accepter pour le bien du grand nombre.

Imitons ceux qui ont acquis la puissance par l'ORGANISATION FÉDÉRALE avec UNION CENTRALE.

Nous croyons fermement que, dans le projet présenté par nos confrères lyonnais, se trouve la VÉRITÉ. Nous sommes avec eux pour l'Union intime de la Province avec Paris.

Dr LAMBIN.

Notre impatience est plus grande d'entendre sur cet intéressant sujet l'opinion syndicale de Nancy et des Vosges, de Besançon, de Marseille, de Toulouse, de Bordeaux, de Rennes, de Tours, de Rouen, de Caen, de Poitiers, de Reims, d'Angers, de Nantes, etc.... Toute place sera donnée dans nos colonnes aux communications atten-

dues, aux ordres du jour que les divers syndicats voteront sur ce projet.

Autant que nos confrères de Lyon et de Lille, nous rêvons d'une défense bien unifiée, assurée par un programme commun, par un trésor de guerre alimenté régulièrement, par des délégués présents à toutes les séances, laborieux, combatifs, indépendants. Car il faut tout cela pour que l'organisation existe autrement que sur le papier et donne les résultats cherchés.

Ce sont là les termes vrais du problème à résoudre et nous convions nos groupements à examiner chacun de ces termes sans se laisser hypnotiser exclusivement par les considérations géographiques.

REPORTAGE MÉDICAL

Une résurrection. — Il paraît qu'il faut réhabiliter le *Constitutionnel* : le grand serpent de mer existe !

Dans un article très concluant que publie le *Bulletin de l'Asie française*, M. Raphael Blanchard, professeur à la faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, l'affirme avec preuve à l'appui. Et même il donne son portrait : le grand serpent de mer, tel qu'il est figuré sur la gravure du *Bulletin*, est un animal dont la tête et le corps rappellent ceux du phoque, mais avec une queue infiniment longue, et un cou également fort long et flexible. Il est orné d'une moustache avantageuse, et probablement d'une crinière. En fait, l'aspect de cet animal fait penser aux reconstitutions exécutées par les géologues, d'après le squelette, de grands animaux marins de la période secondaire, tels que le plésiosaure ou le mosasaure.

« Son existence, dit le docteur Blanchard, est indubitable. » Il a été vu à plusieurs reprises et en dernier lieu dans la baie d'Along, en 1898 et en 1904, par le lieutenant de vaisseau Lagrésille, commandant l'*Avalanche*, et par le lieutenant de vaisseau L'Eost, commandant la canonnière *Décidée*.

Le *Temps* a publié jadis le rapport du commandant Lagresille. Il est, dit M. Blanchard, « remarquable par la précision des circonstances et des détails. » L'animal est long d'au moins vingt mètres, son dos est orné d'une crête; il est gros, sa tête est large comme celle du phoque, mais beaucoup plus courte ; sa peau est tellement résistante que les obus éclatent à sa surface sans causer aucun dommage. Contrairement aux cétacés et pinnipèdes connus, il nage au moyen d'ondulations qui s'accomplissent dans le sens vertical, mais il peut aussi s'enrouler latéralement.

M. Blanchard ajoute : « De quelque côté qu'on l'envisage, la question du grand serpent de mer est véritablement passionnante. Qui résoudra ce problème capital ! Il est très désirable que ce soit un naturaliste français, puisque c'est sur la côte tonkinoise que cet animal semble actuellement se montrer avec le plus de complaisance. Il appartient donc au gouvernement d'Indo-Chine d'organiser une expédition en vue de sa capture. »

Ajoutons qu'il existerait dans un village situé sur les bords de la baie d'Along, un serpent de mer empaillé par les indigènes, qui en auraient fait un dieu et lui auraient élevé un temple. L'expedition pourrait peut-être commencer par aller reconnaître cette divinité.

D'après Oudemont, qui s'en est occupé pour la première fois en 1819, M. Blanchard donne à cet animal énigmatique le nom provisoire de *mégophas*.

La saison à Châtel-Guyon. — La Société des Eaux de Châtel-Guyon rappelle à tous les intéressés que l'ouverture de la saison dans cette station a lieu au 1er mai, et que, pendant ce mois de mai, comme aussi en octobre, les cartes d'abonnement et les tickets d'opérations thermales sont à demi-tarif pour tous les baigneurs indistinctement.

Elle met en service dès cette année toutes les cabines de 1re classe (80) des bains à eau courante dans ses nouveaux thermes ; mais elle se voit forcée de reculer à l'an prochain l'ouverture des bains de 2e classe, que remplacent d'ailleurs en quelque sorte les demi-tarifs réglementaires de mai et d'octobre.

La protection des experts dans les débats judiciaires. La 9e chambre correctionnelle, présidée par M. Toutain, était saisie l'autre jour de la question de savoir si les experts commis par la justice rentrent dans la catégorie des personnes protégées par l'article 224 du Code pénal au point de vue des outrages ; en d'autres termes, si les experts sont des citoyens chargés d'un ministère de service public.

Le tribunal, conformément à la thèse soutenue par le substitut M. Pacton, s'est prononcé pour l'affirmative, en condamnant à quinze jours de prison avec sursis un prévenu poursuivi pour outrages envers des experts commis par la cour d'appel.

De même, le « Sou médical » obtenait, il y a quelques mois, condamnation d'un journal qui avait diffamé un expert à propos du rapport présenté par celui-ci.

Faculté et Hôpitaux.

La 2e série des cours pratiques faits par d'anciens internes aura lieu du 20 juillet au 11 août 1906. Conçus dans un esprit absolument pratique, ils s'adressent aux étudiants à la fin de leurs études et aux praticiens.

Chaque cours comprend 9 leçons, qui se suivent à deux jours d'intervalle ; les heures différentes permettent de suivre plusieurs cours. Pour chaque cours le droit d'inscription est de vingt francs.

La 2e série comprend les cours suivants.

Lundi, mercredi, vendredi. — Larynx, nez, oreilles ; M. Bourgeois. — Gynécologie pratique : M. Bender. — Chirurgie journalière : M. Delaunay. — Orthopédie : M. Tridon. — Maladies nerveuses : M. Rose . — Obstétrique : M. Lequeux. — Voies urinaires : M. Minet.

Mardi, jeudi, samedi. — Maladies de la peau : M. Lenglet. — Thérapeutique générale : M. Oppenheim Estomac et intestin : M. Lippmann. — Maladies des enfants : M. Ball. — Electrothérapie : M. Delherm Pour programmes et inscriptions, s'adresser à M. Minet, 15, rue Malebranche. les lundis, mercredis, vendredis de 2 à 4 h.

— Les cours pratiques suivants auront lieu à la clinique Baudelocque, 125, boulevard Port-Royal, savoir : Cours pratique d'accouchements avec manœuvres opératoires, par M. Couvelaire et M. Sauvage. Ce cours commencera le lundi 9 juillet 1906, à 9 h. du matin. Il sera complet en un mois et aura lieu tous les jours, à la même heure ; à la clinique Baudelocque.

Cours clinique et pratique de gynécologie, par M. Potocki, agrégé, accoucheur des hôpitaux, assisté de M. Le Masson. Ce cours commencera à la clinique Baudelocque le lundi 24 septembre 1906, à 10 h. du matin, et aura lieu les jours suivants à la même heure. Il sera complet en 18 jours.

Le nombre des élèves est limité à 12. Si les inscriptions dépassaient ce chiffre il y aurait un cours supplémentaire.

Le droit à verser, est de 50 francs.

— M. Mauclaire, agrégé, commencera le 20 juillet à 9 h. 1/2 du matin, dans le service du Prof. Le Dentu, un cours de pratique chirurgicale et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Le programme portera sur les 12 principales questions de tuberculose chirurgicale.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année N° 30 29 JUILLET 1906

LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles, et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

BROUARDEL

Brouardel vient de mourir.

Quand disparaissaient, au cours des dernières années, les grands noms des Académies et de la Science médicale française, le *Concours médical* ne se livra pas souvent aux manifestations du deuil.

Pourquoi ?

Parce que, dans leur vie, au milieu des honneurs, des travaux scientifiques retentissants, ces illustres avaient presque toujours perdu le contact avec la famille des praticiens, s'étaient désintéressés de ses besoins, de ses intérêts moraux et matériels.

Ils semblaient n'être plus des nôtres.

Brouardel, au contraire, nous appartint jusqu'à la dernière heure, nous consacra ses derniers efforts. Il est tombé sur la brèche où le placèrent nos plus ardentes revendications.

Ceux qui l'ont pratiqué beaucoup savent que ses tendances naturelles étaient : la bonté, la serviabilité, l'esprit de conciliation. Aussi se souviendront-ils surtout que son nom fut associé depuis un quart de siècle à celui des Cézilly, des Chevandier et de tous ceux qui luttèrent chaudement pour nos intérêts ; qu'il était président d'honneur de l'Union des Syndicats médicaux ; qu'il marchait à notre tête dans la campagne contre les assureurs, contre les mutualistes agressifs, multipliant démarches et fatigues, imposant son influence dans les commissions ; qu'appelé à présider l'Association Générale à une heure de mésentente, il y avait ramené la plus précieuse concorde en mettant tous ses collaborateurs au travail dans la voie tracée par le distingué secrétaire général, M. Lereboullet ; que sa dernière sortie, bien péniblement effectuée, fut l'ouverture du Congrès d'exercice illégal, à la préparation duquel il avait tant donné d'efforts.

Et ce n'est là qu'un résumé de sa tâche.

A côté des savants qui rappelleront les titres scientifiques, à côté des élèves qui regretteront le Maître, il y a donc surtout place, autour de cette tombe, pour la masse des praticiens reconnaissants envers le praticien illustre resté le confrère et le camarade de tous.

Voilà pourquoi le *Concours médical* prend le deuil à la mort de Brouardel.

Le futur Président de l'Association Générale.

Les Présidents passent, les Associations restent.

A peine les derniers devoirs rendus au regretté Brouardel, nous devons nous occuper de celui qui devra le remplacer à la présidence de l'Association Générale.

L'action conciliante de M. Brouardel, les efforts tentés par lui pour amener l'entente entre les

divers groupements professionnels et les résultats obtenus grâce à cette entente, prouvent que là est la seule voie qui puisse conduire au succès.

Un homme, plus que tout autre, a été son collaborateur dans cette orientation de l'Association : il nous paraît tout désigné pour continuer son œuvre — nous avons nommé M. Lereboullet.

Nous espérons qu'il voudra bien ne pas se soustraire à cette charge que lui impose son dévouement antérieur. Un personnage officiel serait gêné par ses fonctions mêmes ; l'homme qu'il nous faut doit connaître les vrais besoins des praticiens et ne relever que de l'opinion médicale.

Nos confrères des départements donneront, nous en sommes certains, à M. Lereboullet, ce témoignage d'estime et de reconnaissance.

La Direction.

FINANCIÈRE MÉDICALE

Assemblée générale ordinaire du 28 juin 1906.

L'Assemblée se constitue à 3 heures sous la présidence de M. le Dr Gassot.

Le président invite les deux plus forts actionnaires présents, MM. Jeanne et Beuve, à prendre place au bureau en qualité d'*assesseurs* ; M. le Dr Maurat est nommé *secrétaire de la séance.*

Le président constate que la convocation a été faite légalement dans le n° 163 des *Petites Affiches* du 12 juin 1906 et rectifiée dans le n° du 15 juin, conformément aux statuts, ainsi que dans les nos 24 et 25 du *Concours Médical* des 17 et 24 juin 1906.

Il constate, en outre, la présence réelle ou par pouvoirs de 607 actions, soit plus du quart du capital social et leur admission à la séance conformément aux prescriptions de l'art. 31 des statuts.

Il rappelle enfin que les rapports du Commissaire des comptes et du Conseil d'administration ont été tenus à la disposition des actionnaires, au siège social, pendant quinze jours, le rapport du Conseil a en outre été publié avec le bilan et le projet de répartition dans le n° 25 du *Concours Médical* du 24 juin.

En conséquence, le président donne la parole à l'Administrateur délégué pour la lecture de son rapport.

Rapport du Conseil d'administration de la Financière Médicale pour l'exercice 1905.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter, au nom du conseil d'administration, le rapport sur le fonctionnement de la Financière Médicale pour l'exercice 1905.

Bilan au 31 décembre 1905.

Actif :

Société générale	9 »	
Société française de reports et dépôts	56.884 70	
La Participation	7.891 35	
Comptes courants	123.120 »	
Caisse	23 62	
Frais de constitution et d'établissement	6.103 »	
Avances à l'État	165 02	
Maison de santé de La Plaine Monceau	43.021 68	237.218 37

Passif :

Capital	220.000 »	
Créditeurs divers	533 75	
Réserve légale	1.742 05	
Dividendes restant à payer :		
Coupon n° 1	543 »	
» n° 2	534 »	
» n° 3	907 50	
» n° 4	1.626 »	
» n° 5	2.733 »	
Profits et pertes.		
Report de 1904	1.307 17	
Solde de l'exercice 1905	7.291 90	237.218 37

Comptes de profits et pertes.

Doit :

Frais généraux	3.696 20	
Amortissement des frais de constitution	452 08	
Solde mentionné au bilan	7.291 90	11.440 18

Avoir :

Intérêts de la Participation	7.891 35	
Intérêts de la Mon de santé de La Plaine Monceau	3.021 68	
Intérêts de la société française de reports et dépôts	527 15	11.440 18

Comme vous pouvez le constater, les chiffres de ce rapport sont sensiblement les mêmes que ceux de l'année précédente, à quelques petites différences près que je vais vous signaler.

A l'actif, le chapitre comptes courants constitué par les prêts faits à la Participation, qui s'élevait en 1904 à 188.800 fr., ne s'élève plus, cette année, qu'à 123.120 fr., par suite de remboursements effectués par cette Société, soit une diminution de 65.688 fr., mais, par compensation, l'actif de la Société de reports et dépôts est en augmentation de 48.853 fr. 56 et le compte de la Société de la Plaine Monceau en augmentation également de 20.882 fr. 40. En somme, il s'agit d'un simple déplacement de créances.

En outre, les frais de constitution et d'établissement de notre Société ne s'élèvent plus qu'à la somme de 6.103 fr.

Au passif, la réserve légale atteint le chiffre de 1.742 fr. 05 et les dividendes restant à payer sur les coupons échus, qui s'élevaient l'année dernière à 5.126 fr. 50 pour 4 coupons, ne s'élèvent plus, cette année, qu'à 4.343 fr. 50 pour les 5 coupons échus.

C'est le 1er juillet de cette année que, conformément aux statuts, seront périmés au bénéfice de la caisse, les coupons n° 1 qui n'auront pas été touchés. Au 31 décembre 1905, il restait encore pour 543 fr. de coupons n° 1 non payés, mais, depuis cette époque, en exécution des décisions prises antérieurement, chacun des retardataires a été prévenu individuellement et en temps utile, par lettre fermée, de la perte qu'il aurait à subir au cas où il n'en réclamerait pas le paiement avant le 1er juillet 1906. Depuis cette époque, un très grand nombre de porteurs se sont mis en règle et votre conseil ne méritera les reproches d'aucun des confrères négligents.

Le solde bénéficiaire de l'exercice 1905 s'élève à 7.291 fr. 90 contre 7.748 fr. 05 en 1904, en petite diminution par suite de la perte d'intérêts passagère sur les fonds remboursés par la Participation et qui ont été employés depuis.

En somme, la situation de notre Société reste sensiblement identique à ce qu'elle était précédemment, avec cette différence que les nouveaux prêts effectués par elle ne le sont plus pour 20 ans comme ceux qu'elle faisait à la Participation, ce qui permet d'entrevoir pour un avenir plus ou moins éloigné une liquidation facile qui est désirable, maintenant que le but qu'elle s'était proposé d'atteindre, savoir la lutte contre les compagnies d'assurances-accidents et le relèvement des honoraires médicaux, est un fait accompli.

Votre Conseil vous demande d'approuver les comptes que je viens de vous présenter et vous proposera ensuite une répartition des bénéfices de l'exercice 1905, identique à la précédente, savoir :

Répartition.

La somme à répartir se compose de :

1° Report de l'exercice 1904.	1.307 17	
2° Solde de l'exercice 1905...	7.291 90	8.599 07

Nous proposons la répartition suivante :

1° 5 % à la réserve légale....	429 96	
2° Dividende à raison de 3 fr. par action..............	6.600 »	
3° Impôt sur le dividende...	275 »	
4° A reporter à l'exercice suivant....................	1.294 11	8.599 07

L'Administrateur délégué,
Dr Maurat.

M. le Président donne ensuite la parole à M. le docteur Angelby pour lecture du rapport de M. le docteur Arthur Petit, *commissaire des comptes*, empêché d'assister à la séance.

Rapport du commissaire des comptes Exercice 1905.

Messieurs,

En exécution du mandat que vous m'avez donné, j'ai l'honneur de vous rendre compte de la vérification faite des écritures de votre Société pour l'exercice couru du 1er janvier au 31 décembre 1905.

Nous avons constaté la régularité de votre comptabilité et la stricte exécution des résolutions votées dans votre assemblée générale ordinaire du 24 juin 1905.

Au 31 décembre 1905, le bilan, résumé fidèle et exact des livres, se présentait ainsi :

Actif :

Caisse..............................	23 62
Société générale....................	9 »
Société française de reports	56.884 70
Comptes courants...................	123.120 »
Frais de constitution..............	6.103 »
Avances à l'État	165 02
Maison de santé....................	43.021 68
Participation......................	7.891 35
	237.218 37

Passif :

Capital............................		220.000 »
Créditeurs divers..................		533 75
Réserve légale.....................		1.742 05
Coupons impayés 1.......	543 »	
— 2.......	534 »	
— 3.......	907 50	
— 4.......	1.626 »	
— 5.......	2.733 »	6.343 50
Report 1904........................		1.307 17
Solde exercice 1905................		7.291 90
		237.218 37

Compte de profits et pertes.

Doit :

Frais généraux.....................	3.696 20
Amortissement frais de constitution.	452 08
Solde du bilan.....................	7.291 90
	11.440 18

Avoir :

Intérêts, Société de reports........	527 15
Intérêts, Participation.............	7.891 35
Intérêts, Maison de Santé...........	3.021 68
Intérêts, Société générale..........	» »
	11.440 18

On a fait passer à l'actif du bilan l'amortissement des frais de constitution et au passif la réserve légale dans les proportions nécessaires.

La diminution de bénéfices que constate l'avoir des comptes profits et pertes tient à ce qu'une notable partie des fonds de la Société, remboursés par la Participation qui payait l'intérêt à 5 %, sont allés à la Société de reports qui nous sert un intérêt beaucoup moins élevé.

Je vous propose donc d'approuver les comptes et le projet de répartition tels qu'ils ont été présentés par le Conseil d'administration.

Paris, le 1er juin 1906.

Le Commissaire des comptes,
Dr A. Petit.

M. le Dr Angelby fait remarquer que, statutairement, et contrairement à l'opinion de l'Assemblée générale de l'année dernière, le prélèvement de 5 % pour la réserve légale devra s'exercer à l'avenir uniquement sur le montant des bénéfices

de l'exercice et non sur le reliquat de l'exercice précédent.

L'assemblée décide que cette mesure sera appliquée aux comptes de l'exercice prochain.

Le président met ensuite aux voix les résolutions suivantes :

1re Résolution.

Les comptes et le bilan de l'exercice 1905 sont approuvés dans les termes où ils sont présentés par le Conseil d'administration. (*Adopté à l'unanimité.*)

2e Résolution.

Il sera versé à la Réserve Légale un prélèvement de 5 % sur le solde disponible au 31 décembre 1905, soit 429 fr. 96. (*Adopté à l'unanimité.*)

3e Résolution.

Il sera distribué pour le coupon n° 6, un dividende de **3** francs **net d'impôt** par action, la Société prenant à sa charge la taxe sur le dividende. (*Adopté à l'unanimité.*)

4e Résolution.

Il sera reporté à l'exercice 1906, le solde soit 1294 fr. 11. (*Adopté à l'unanimité.*)

5e Résolution.

M. le docteur Arthur Petit est réélu commissaire des comptes pour l'année 1906 ; ses honoraires sont fixés à 200 francs ; M. le docteur Angelby est également réélu commissaire-adjoint. (*Adopté à l'unanimité.*)

6e Résolution.

M. le docteur Jeanne, désigné par le sort comme administrateur sortant conformément à l'article 16 des statuts, est réélu. (*Adopté à l'unanimité.*)

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 3 heures.

AVIS

Paiement du coupon n° 6.

Le coupon **n° 6** *est payable depuis le 1er juillet 1906 au siège de la Société, 23, rue de Dunkerque.*

Les coupons présentés à la caisse seront soldés immédiatement mais le montant des coupons **envoyés par la poste** *ne sera envoyé qu'à* **partir du 1er août prochain** *par mandat-carte (frais déduits).*

LA SEMAINE MÉDICALE

Les progrès de la thérapeutique locale.

M. le professeur Charrin a fait de nombreux travaux sur la thérapeutique locale : il expose magistralement les progrès de cette méthode nouvelle dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

« Les procédés sont variés. On peut expulser ou *détruire un parasite*, recourir à des *agents physiques*, au *massage*, à la *compression* ou au *froid*, à la *chaleur*. Une légère hyperthermie active la vitalité de nos tissus susceptibles, d'ailleurs, de supporter des élévations atteignant 48 degrés, 50 degrés et davantage, alors que déjà à 42 la bactéridie devient vaccin. Il est possible de restreindre, de *cantonner* l'action de ces *températures* comme aussi celle de la *lumière*, dont les *radiations modifient* les *êtres vivants* et les *corps inorganiques*, influencent nos organes et nos plasmas, atténuent nombre de microbes et exaltent le fonctionnement de nos cellules. Les résultats obtenus, grâce aux *rayons X*, dans le traitement des *tumeurs*, des *anémies*, des *splénopathies*, etc., sont pleins de promesses ; il en est de même des émanations du *radium*.— L'*électricité* agit sur nombre d'atrophies, sur nombre de paralysies et, en dehors de son action directe, engendre de la chaleur ou des principes chimiques.

« La *révulsion* dirige les microbes dans une zone choisie à l'avance, ordinairement de dignité physiologique inférieure. Les *stases*, les *œdèmes*, les *hyperémies* circonscrites interviennent utilement par les humeurs microbicides, l'acide carbonique, les cellules, etc.

« Expérimentalement, M. Charrin a montré que *localement*, dans un *territoire nettement limité* au niveau duquel on détermine ces modifications, on peut obtenir la *destruction d'une toxine*. Dans cette zone, grâce aux leucocytes, aux phagocytes, grâce aux sérosités plus ou moins riches en alexines et parfois sans doute en d'autres principes antitoxiques ou bactéricides, cette *toxine* et même des *agents pathogènes* sont atténués et rendus impuissants. *Ces expériences dépassent la portée du problème de la thérapeutique locale* ; elles jettent un jour singulier sur l'aptitude de l'organisme à lutter contre des éléments morbifiques, sur le mécanisme de cette lutte ; elle prouve qu'au sein des *tissus* les plus simples, *les moins différenciés*, sans le concours de la rate, du foie, de la moelle osseuse, des séreuses, etc., cet organisme parvient à se libérer. Ainsi apparaît à titre de réalité et non de pure vue de l'esprit, de la possibilité de ces cures locales, dans ses sphères auxquelles à l'exclusion des viscères, des parenchymes importants à la physiologie, s'adressent les thérapeutiques que nous envisageons.

« La notion de la fréquence du *séjour des microbes pathogènes* dans des *points faciles à atteindre*, tels que le pharynx dans le cas de diphtérie, l'utérus, s'il s'agit d'infection puerpérale, etc., constitue également, en faveur de ces thérapeutiques locales, une donnée capitale. Tant que la diffusion de ces microbes par la circulation ne les a pas placés hors de *nos atteintes*, l'effort curateur est assez efficace. Même après cette diffusion, ces interventions, ces thérapeutiques, en abaissant la valeur du facteur *quantité*, propre à influencer les virus comme les venins, ont leur utilité.

« D'autres recherches nous ont conduits à mettre en lumière l'importance des antiseptiques *insolubles*, incapables de se transformer là où ils n'ont que faire ; demeurant dans les cavités ou sur les surfaces qui réclament leur action, ils prolongent la durée du contact entre le médicament et le principe nuisible. — Cette insolubilité restreint les effets de détérioration exercés par certains antiseptiques qui, en dehors des *spécifiques*,

sont susceptibles d'altérer la cellule de l'économie aussi bien que la cellule bactérienne ; le principe *aseptique* doit être recherché.

« Une série de travaux nous ont heureusement amenés à établir comment, même solubles, des médicaments qui agissent longuement sur des tissus malades et, à faibles doses, déposés au voisinage ou au milieu de ces tissus, ne semblent pas aller sensiblement au delà. Nous avons, en effet, reconnu qu'une *série de corps se soudent aux cellules*, tout au moins se fixent sur elles, leur adhèrent solidement et demeurent ainsi plus ou moins longtemps; ils cessent en grande partie *de circuler* et deviennent en quelque sorte des *particules solides*. D'autres expériences nous ont appris que, même *introduites par les vaisseaux* ou le *tube digestif*, des *substances chimiques s'accumulent* de préférence dans les *territoires malades*. Dans ces territoires, le sang a une marche plus lente ; les capillaires sont dilatés et les petits vaisseaux néoformés fréquemment manquent de fibres musculaires : c'est, en somme, le propre de la congestion et de l'inflammation, apanages de ces territoires, de faire que plus de liquide sanguin passe avec moins de vitesse et que la diapédèse facilitée laisse sortir plus de leucocytes aptes à transformer tel ou tel produit. En définitive, *la thérapeutique générale tend à devenir locale.*

« Ajoutons que ces données contribuent à expliquer l'utilité du rôle de divers procédés de curation cantonnés dans un espace restreint ; c'est le cas de la *révulsion*, de certaines *stases* ou *hypérémies*, de quelques *œdèmes*, c'est celui des *abcès dits de fixation* qui attirent dans un tissu banal des agents morbifiques, microbes ou poissons qui exonèrent les organes importants et, soit par voie d'élimination grâce à un exutoire artificiel, soit en épuisant au niveau de la lésion circonscrite la force de l'adversaire, facilitent, en somme, par une cure locale, la guérison d'une affection capable de mettre à mal l'organisme entier.

« Pour peu qu'on élargisse le sens des mots, le domaine des thérapeutiques locales, déjà considérable en lui-même, devient sans limites. Aussi serait-il aisé d'étendre les considérations que nous développons. »

Le calomel chez les enfants.

L'efficacité du calomel à la vapeur a été reconnue et mise à profit depuis de longues années déjà dans la thérapeutique infantile.

C'est un agent de premier ordre pour réaliser l'asepsie du tube digestif. Récemment, M. le Dr Gallo, de Naples, a publié dans la *Pediatria* les résultats de ses recherches sur ce remarquable purgatif, agent d'asepsie intestinale. Voici, en quelques lignes, la méthode qu'a suivie M. Gallo :

En observant scrupuleusement toutes les règles de la bactériologie, on pèse exactement 10 centigrammes de matières fécales provenant d'un enfant atteint de troubles gastro-intestinaux ; on les mêle bien dans un mortier de verre, avec dix centimètres cubes d'eau distillée stérilisée. On dilue un centimètre cube de cette solution dans neuf autres centimètres cubes d'eau distillée stérilisée et. enfin, un centimètre cube de cette dernière dilution est dilué, à son tour, dans neuf centimètres cubes d'eau distillée, on a ainsi une dilution au millième.

Avec une pipette d'un centimètre cube, dont le volume des gouttes aura été préalablement déterminé, on prend trois gouttes de cette solution qu'on verse dans un tube contenant dix centimètres cubes de bouillon, sans calomel. On en fait autant avec un deuxième tube contenant 10 centimètres cubes de bouillon avec deux milligrammes de calomel en suspension. Agiter sans cesse, pendant trente minutes, les deux tubes. Puis, 5 gouttes de chaque tube à essai, prises avec la pipette indiquée plus haut, titrée, sont mises dans deux autres tubes contenant chacun cinq centimètres cubes d'agar-agar, qu'on verse immédiatement dans deux boîtes de Petri, qu'on place à l'étuve à 37° pour les observer au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures et pour compter les colonies qui se seront développées.

C'est pour démontrer l'action aseptique du médicament.

Quand, au contraire, il s'agit de démontrer son pouvoir antiseptique, on procède comme suit :

Avec la même pipette d'un centimètre cube, prendre cinq gouttes de bouillon, dans lequel, vingt-quatre heures auparavant, on aura mis trois gouttes de la solution de matières fécales, décrite ci-dessus (bien entendu, après avoir tenu le tout à l'étuve à 37°) ; ces cinq gouttes sont versées dans un tube contenant dix centimètres cubes de bouillon, sans les deux milligrammes de calomel.

De cette solution (dans laquelle, pendant 24 heures, on a permis le développement de toutes les colonies possibles de micro-organismes qui se trouvent dans les matières à examiner) on prend, avec la même méthode, trois gouttes qu'on place dans un autre tube contenant dix centimètres cubes de bouillon avec deux milligrammes de calomel.

Les deux tubes contenant le bouillon ainsi préparé, avec et sans calomel, seront agités continuellement pendant 30 minutes.

Ensuite, de l'un et de l'autre tube, avec la pipette titrée, on prend cinq gouttes qu'on met dans deux tubes à essai renfermant chacun cinq centimètres cubes d'agar agar, qu'on verse tout de suite dans deux boîtes de Petri qui sont placées dans l'étuve à 37°.

Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, on examine les deux boîtes, en faisant la numération des colonies développées dans chacune d'elles.

Les colonies étaient comptées directement quand elles étaient en petit nombre, ou avec l'appareil de Wolfhugel, quand elles étaient en nombre trop considérable.

Les résultats ont été concluants : le calomel s'est montré un merveilleux agent aseptique empêchant le développement et la pullulation des microbes intestinaux ; mais, comme antiseptique, il ne faut pas s'y fier, il ne tue pas les microbes en voie d'évolution. D'ailleurs, il est dangereux de tenter la destruction directe des germes dans l'intestin, les substances vraiment antiseptiques étant caustiques ou toxiques pour la muqueuse. L'antisepsie ne peut être tentée que par les purgatifs répétés, mais non pas par le calomel.

Il faut retenir de ces faits une chose importante, c'est que le calomel n'est vraiment utile qu'à faibles doses : deux, cinq, dix, vingt centigrammes selon l'âge.

Les fortes doses de soixante, quatre-vingt centigrammes, un gramme sont dangereuses et amènent plus d'accidents que de résultats efficaces.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE PRATIQUE

Tuberculose et appendicite.

M. le Dr Sainte-Marie Dodeuil, de Ham (Somme), a consacré sa thèse à l'étude des manifestations appendiculaires de la tuberculose. Nous profiterons de ce travail pour entretenir aujourd'hui nos lecteurs de cette intéressante question. Il y a, à la vérité, peu de temps que l'attention des cliniciens a été attirée sur les rapports de la tuberculose et de l'appendice. La première observation de tuberculose appendiculaire est de Corbin, d'Orléans, 1837 ; presqu'en même temps, Hallowel, en Amérique, publia un cas analogue. Bodart, Simon, Favre, Dufour, Leudet, Crouzet, Duguet en France, Albert, Clers, en Allemagne : Habershon, en Angleterre, en ont signalé plusieurs cas chez des phtisiques morts de péritonite: ces faits remontent à 35, 40 et même 50 ans.

Depuis, le nombre des communications se multiplia ; toutefois en 1902, M. Dieulafoy proclama la rareté de l'appendicite tuberculeuse. Tout en reconnaissant la fréquence des lésions bacillaires du vermium, il affirma que la plupart du temps, celles-ci ne peuvent donner lieu à des symptômes cliniques et restent lettre morte.

Aujourd'hui, grâce aux recherches de Demoulin, Letulle, Walther, Guinard, Cathelin, Comby, l'appendicite tuberculeuse est enfin devenue autonome en se séparant de la tuberculose iléo-cœcale dans laquelle longtemps les auteurs l'englobèrent.

I

Etiologie. Pathogénie.

Il y a lieu de distinguer deux catégories d'appendicite : l'appendicite simple chez les tuberculeux et l'appendicite tuberculeuse.

1° Appendicite banale chez les tuberculeux. Cette affection est sujette aux mêmes causes que chez les individus non bacillaires. Peu fréquente avant 5 ans, elle se rencontre assez souvent entre 10 et 20 ans, très fréquemment de 20 à 30 ans, puis décroît sensiblement entre 30 et 70 ans. Les hommes sont plus éprouvés que les femmes.

L'excès de nourriture carnée est généralement considéré comme pouvant favoriser le développement de l'appendicite. Il était intéressant de rechercher si l'on constate une recrudescence de cette maladie chez les tuberculeux soumis au régime intensif de la viande crue. En effet, cette alimentation semblerait devoir provoquer une plus grande fréquence de l'appendicite par les toxines qu'elle engendre et par l'irritation qu'elle détermine en des intestins fragiles.

Pendant les deux dernières années de ses études dans les hôpitaux, M. Dodeuil s'est livré, sur ce point, à une enquête chez les bacillaires hospitalisés. Ses résultats ont été négatifs et ne lui ont pas permis d'accuser la suralimentation par la viande crue. Dans une année passée à l'hôpital Lariboisière, il n'a pas eu connaissance de crises appendiculaires chez les nombreux tuberculeux observés. Or, ces malades, séjournant d'une manière prolongée dans différentes salles de médecine, étaient soignés par la zomothérapie.

Par contre, les bacillaires opérés d'appendicite et observés par l'auteur à l'hôpital de la Pitié n'étaient pas des mangeurs de viande crue.

Il paraîtrait donc excessif de proscrire ce mode de suralimentation qui, dans certaines circonstances, est un moyen précieux de traitement.

On a toutes chances d'échapper aux inconvénients en n'exagérant pas les doses.

2° L'appendicite tuberculeuse a des causes qui méritent d'être mises en évidence.

Plus fréquente chez l'homme adulte, elle peut être une trouvaille d'opération chez le malade non soupçonné de bacillose. Dans ce cas, on la considère comme primitive ; elle l'est en réalité, pour la clinique, car seule une autopsie complète permettrait de découvrir des tubercules en quelque endroit de l'organisme.

Mais c'est surtout chez les individus manifestement bacillaires qu'on la rencontre.

« Ici s'impose la distinction entre l'appendicite tuberculeuse révélée par la clinique et la tuberculose de l'appendice, silencieuse, découverte par l'histologie. Cette dernière est particulièrement connue grâce aux statistiques nécropsiques.

« Sur 2.000 cadavres, Fenwick et Dodwell ont compté 27 appendices présentant des ulcérations dues au bacille de Koch.

« M. le professeur Cornil pense que la plupart du temps, la tuberculose sert de point d'appel aux infections communes et que la lésion latente jusqu'alors, malgré l'altération des parois, se révèle bruyamment sous une influence secondaire. La crise d'appendicite est alors provoquée par une cause banale qui souvent empêche de soupçonner la lésion tuberculeuse primitive.

« Letulle a publié un beau cas d'appendicite bacillaire ulcéreuse compliquée d'un processus infectieux qui vient à l'appui de cette théorie.

« Le bacille de Koch aborde l'appendice par trois manières différentes ;

Dans les plus nombreux, l'agent microbien prend la *voie intestinale*. Cela est certain quand il y a dans le tube digestif des ulcérations tuberculeuses puisque le flux des matières favorise l'extension des lésions jusqu'au vermium. Chez les phtisiques, la déglutition des crachats amène le bacille dans l'intestin. Ce mode de contamination est plus évident que la propagation par le lait ou la viande d'animaux tuberculeux.

« Le bacille arrivé dans l'organe attaque le plus souvent la muqueuse.

« L'envahissement, en sens inverse, de la séreuse et de la musculeuse, est qualifié d'exceptionnel ; mais il peut se faire par la *voie lymphatique* dans le cas de tuberculose du péritoine, et même des annexes de l'utérus par l'intermédiaire du ligament appendiculo-ovarien.

« La *voie sanguine* est très séduisante pour expliquer l'altération tuberculeuse limitée à l'appendice. Cela ressort des expériences communiquées à la Société de Biologie par Charrin et Gouget qui provoquèrent une pseudo-tuberculose du vermium par inoculation intra-veineuse.

« Ces auteurs concluent : Cette localisation élective sur l'appendice est fort intéressante, car elle nous permet, jusqu'à plus ample informé, d'admettre l'appendicite tuberculeuse par infection sanguine. »

II

Diagnostic

La crise d'appendicite aiguë se manifeste, chez le tuberculeux, de la même façon que chez les autres individus.

Les accidents éclatent pareillement en coup de pistolet. La douleur spontanée, très vive, apparaît dans la fosse iliaque droite, avec maximum au point de Mac-Burney, au milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Le ventre est ballonné, avec défense musculaire et hyperesthésie cutanée.

Les vomissements, d'abord alimentaires, deviennent bientôt bilieux. La langue est sèche et la constipation fréquente. Le faciès se grippe. Le pouls est petit, rapide ; un mouvement fébrile s'accuse par une ascension thermique à 38 ou 39 degrés.

L'appendicite chronique est plus difficile à déceler chez les bacillaires. Nous ne voulons parler que de ceux dont les lésions intestinales sont peu étendues ; car, dès qu'un malade est atteint d'ulcérations intestinales, l'état de son vermium ne présente pas d'intérêt particulier.

Quand l'appendice est seul chroniquement enflammé, il provoque un malaise abdominal, une vague pesanteur. Ces troubles ne sont pas toujours limités, ni prédominants dans la région iléo-cœcale ; ils peuvent être très diffus, occupant tout l'abdomen et présentant des localisations variables. Tantôt, il s'agit de sensations fort douloureuses ou vagues par tout le corps, tantôt de coliques irradiées ou siégeant dans tout le côté droit et même dans le bas-ventre. Il y a des selles très irrégulières avec ténesme, parfois des mouvements désordonnés de l'intestin, accompagnés de borborygmes entendus à distance. Du côté de l'estomac, existe un état catarrhal, avec pyrosis, renvois, pesanteurs, vomissements.

Cependant, il n'est pas rare que les tuberculeux accusent des douleurs vagues dans la fosse iliaque droite et un peu de sensibilité à la pression, sans qu'on soit autorisé, par ces trop frustes symptômes, à déclarer l'existence d'une appendicite.

Il s'agit alors d'un début d'entérite ulcéreuse qui pourra prêter à la confusion, par suite des phénomènes douloureux localisés à la fosse iliaque droite. Là se trouvent la fin de l'iléon, la valvule de Bauhin et le cæcum, sièges fréquents des lésions tuberculeuses de l'intestin.

Quand, par l'ensemble des signes cliniques, on a conclu à l'appendicite, il faut se demander si elle est ou non d'origine tuberculeuse. Autrefois, l'appendicite tuberculeuse n'était connue que par sa manifestation retentissante et fatale : la péritonite aiguë par perforation.

Aujourd'hui, sans attendre cette redoutable complication, les cliniciens se préoccupent de la nature bacillaire de l'appendicite, car cette forme est importante au point de vue opératoire. Mais ils ne parviennent pas aisément à établir un diagnostic ferme.

Petit n'a relevé que trois cas, dans lesquels on avait « songé » à l'appendicite tuberculeuse. Ces présomptions ont été confirmées par l'opération.

Par contre, il existe des cas dans lesquels, ce même diagnostic ayant été émis, l'opérateur eut affaire à une autre maladie.

Pour Lasègue, toute typhlite à répétition était de la tuberculose. Aujourd hui, nous pouvons affirmer que la répétition de la typhlite ou de l'appendicite n'en démontre pas la nature bacillaire.

La recherche des bacilles dans les matières fécales n offre pas non plus grande importance, c'est un procédé incertain et difficile.

« Actuellement, nous trouvons un moyen de contrôle de la tuberculose dans le séro-diagnostic d'Arloing et Courmont. Les résultats donnés par cette technique sont appréciables et dignes d'être mis en évidence.

« Quand le diagnostic de la forme bacillaire n'aura pu être précisé, c'est pendant l'opération faite pour appendicite banale, chez un tuberculeux, que, parfois, on constatera la nature de la lésion : si l'on trouve une volumineuse adénopathie par exemple, la simple inspection suffira pour mettre en relief la tuberculose.

« Mais, plus souvent, l'examen *de visu* restera douteux, et c'est alors qu'il faudra se rappeler la formule de Letulle qui conseille de soupçonner de nature tuberculeuse toute appendicite chronique.

« La recherche des foyers caséeux folliculaires, des cellules géantes et du bacille de Koch sera régulièrement pratiquée pour toutes les observations, alors même que la lésion aura présenté l'allure phlegmoneuse la plus franche ».

Diagnostic différentiel :

« Il est inutile de s'attarder, chez les tuberculeux, où ce diagnostic ne présente rien de caractéristique, à différencier l'appendicite des affections suivantes : embarras gastrique, entéro-colite, fièvre typhoïde, colique hépatique, colique néphrétique, rein mobile, annexite droite, hématocèle rétro-utérine, occlusion intestinale aiguë, péritonite pneumococcique, péritonite par perforation, etc.

« On doit insister, au contraire, sur le cas où il faut distinguer l'appendicite d'avec les différentes manifestations de la tuberculose ;

1° On a pu confondre, surtout chez les enfants et les adolescents, les désordres de l'état général causés par l'appendicite chronique avec ceux provoqués par la tuberculose.

2° Dans la bacillose pulmonaire avérée, on attribue parfois à cette maladie tous les troubles, même les plus bruyants, dus à l'appendicite chronique insoupçonnée.

3° Enfin, on a commis des erreurs entre l'appendicite et certaines affections tuberculeuses : coxalgie, péritonite bacillaire, adénopathie tuberculeuse, tuberculose iléo-cæcale, ulcéreuse.

La prétuberculose donne lieu à une foule de phénomènes vagues, qui peuvent simuler toutes sortes d'affections latentes chroniques, et l'appendicite est de ce nombre. M. Dodeuil énumère tous les signes fonctionnels et constate qu'il n'y a aucun phénomène susceptible de fixer l'attention sur le vermium plus que sur l'état des poumons.

En faveur de l'appendicite, peut-être, faut-il, parmi les symptômes semblables, faire remarquer l'anorexie élective, la constipation, la recru-

descence des phénomènes douloureux au moment de la plus grande activité de la digestion intestinale.

Les *signes physiques* sont les plus caractéristiques; mais, à cause de leur latence, il faut littéralement « mettre le doigt dessus ».

C'est, en effet, quand on connaît la possibilité de la confusion entre l'appendicite chronique silencieuse et la prétuberculose, qu'en présence des troubles cliniques esquissés plus haut on portera l'attention sur la région du vermium.

Là, par une palpation profonde, on détermine, au siège de l'appendice, le plus fréquemment au point de Mac-Burney, une douleur telle qu'en aucun point on n'en provoquera de pareille. Cette douleur à la pression, dont la soudaineté surprend désagréablement le malade, pourra être retrouvée, au même point, à chaque exploration; elle persiste pendant un temps notable après son apparition.

Souvent elle retentit à l'ombilic et à l'épigastre, parce que les filets du plexus mésentérique supérieur issu du plexus solaire se distribuent à la totalité de l'intestin grêle, à l'appendice, au cæcum, au còlon ascendant et transverse. En outre, la palpation large et profonde des différentes régions de l'abdomen, autre que la fosse iliaque droite, éveille une sensation douloureuse au niveau du vermium.

La palpation douce, profonde et progressive, avec les extrémités des doigts, peut, chez les sujets à parois maigres, permettre de sentir une sorte de cordon induré, douloureux dans la région iléo-cæcale. Dans le cas où l'appendice est bas situé, le toucher rectal fournira d'utiles renseignements.

La tuberculose déclarée masque aussi, très fréquemment, l'appendicite. Le fait est que dans bien des cas, aucune douleur spontanée ne fait soupçonner l'état du vermium.

Il faut se méfier de la fièvre hectique peu en rapport avec le degré des lésions stéthoscopiques.

Il faut fouiller dans les antécédents pour déceler les sensations douloureuses localisées à la fosse iliaque droite, il faut être à l'affût de la moindre douleur fixe au point de Mac Burney, afin de constater si les troubles dyspeptiques, tant préjudiciables aux bacillaires, n'ont pas pour cause principale et curable l'altération du vermium.

DIAGNOSTIC ENTRE L'APPENDICITE ET CERTAINES MANIFESTATIONS TUBERCULEUSES. — La douleur abdominale a quelquefois occasionné, chez les enfants malingres, une attitude de rétraction des membres inférieurs qui a pu faire porter le diagnostic erroné de coxalgie.

On cite des cas où l'appendicite a donné lieu à confusion avec la broncho-pneumonie, la pleurésie purulente, la pleurésie bacillaire de l'enfant à cause de l'existence d'un point abdominal et non thoracique : évidemment, il faut être bien peu attentif pour commettre ces erreurs : cela ne peut s'expliquer que par la trop grande brièveté de l'examen.

On a pu prendre l'appendicite subaiguë chez un bacillaire pour une péritonite tuberculeuse.

« Quand on a constaté une tumeur de la fosse iliaque droite chez un tuberculeux, il faut, avant de conclure à l'appendicite, songer à une affection capable d'induire en erreur un praticien même expérimenté : nous voulons parler de la tuberculose iléo-cæcale.

« C'est en 1892, lors de la discussion soulevée à la Société de Chirurgie au sujet de l'appendicite et de son traitement, que le professeur Terrier a le premier signalé l'importance de ce diagnostic au point de vue de l'intervention. D'autres, après lui, sont venus exposer les déplorables résultats opératoires que peut entraîner la confusion.

« Aujourd'hui, on est mieux armé et si, au cours de l'appendicectomie, le chirurgien sait reconnaître la tuberculose du cæcum, il n'hésite pas à remédier à l'insuffisance de son diagnostic par une large résection intestinale. Il n'y aura d'insuccès que dans les cas où les lésions de l'intestin étant peu accentuées, l'opérateur se contentera d'enlever le vermium qui, par l'examen, sera reconnu tuberculeux ou non.

« Un signe en faveur de la tuberculose iléo-cæcale est fourni par la sensation de dureté particulière de la portion terminale de l'intestin grêle, due aux ulcérations circulaires tuberculeuses.

« Mentionnons comme autres tuméfactions capables de siéger dans la fosse iliaque droite : la tuberculose du péritoine ou de l'épiploon et encore l'adénopathie péricæcale rencontrée chez les bacillaires, même en dehors de toute lésion intestinale apparente.

« La forme pelvienne de l'appendicite sera distinguée, chez les malades, de l'annexite tuberculeuse par le toucher vaginal et rectal.

« Lorsque l'appendice perforé d'un phtisique donne lieu à des phlegmons péritonéaux enkystés, la confusion devient possible, non pas avec les collections chaudes, mais avec ces abcès qui siègent dans la fosse iliaque interne provenant d'une tuberculose de la colonne vertébrale, de la crête iliaque ou de l'articulation sacro-iliaque. Cependant, les commémoratifs et l'étude du siège précis de la collection purulente, de sa profondeur, de ses rapports avec les organes pyogènes éclairent suffisamment sur la nature et l'origine de l'infection.

« L'abcès appendiculaire siège toujours, au début, vers le milieu de la ligne ilio-ombilicale ; il n'est séparé de la main exploratrice que par la paroi abdominale antérieure et l'épiploon parfois épaissi.

« L'abcès froid iliaque, au contraire, est d'abord situé très profondément en arrière de toute la masse intestinale qu'il faut refouler pour arriver à percevoir une fluctuation rarement nette à cette période. S'il vient à pointer dans la fosse iliaque droite, c'est en repoussant le péritoine en haut et le pus se collecte alors parallèlement à l'arcade de Fallope et immédiatement au-dessus d'elle.

MM. Mauclaire et Cathelin ont signalé l'erreur entre l'abcès appendiculaire lombaire et l'abcès par congestion dû à un mal de Pott lombaire.

« La fistule d'origine appendiculaire complique parfois l'appendicite commune, mais elle est plus fréquente dans la forme tuberculeuse. L'erreur peut alors se produire avec les fistules bacillaires des collections osseuses ou ganglionnaires.

« Lorsqu'il y a eu attaque d'appendicite et opération, la chose est claire. Mais, quelquefois, le malade a été pris de coliques plus ou moins violentes, la crise appendiculaire est passée inaperçue, il se forme un abcès dans la fosse iliaque, l'ouverture donne lieu à une fistule pour laquelle on pourra encore penser au point de départ véritable, à cause de son siège.

« Si l'attaque d'appendicite n'a pas été soupçon-

née, et si l'abcès se forme à une certaine distance de la région du vermium, son ouverture est capable de donner lieu à une fistule dont le traitement seul fera connaître l'origine appendiculaire.

« L'*appendicite d'apparence néoplasique* peut se rencontrer chez les vieillards tuberculeux. Elle entraîne de la fièvre, un état général très sérieux peu en rapport avec la durée des accidents et une tumeur dure, légèrement douloureuse, étalée, rénitente, et ne donnant pas lieu à des entérorragies.

« Il faut encore éliminer le *spasme de l'intestin* décrit par Dalché qui, chez une femme débilitée, en observa un cas pris pour une typhlite tuberculeuse ou une appendicite. »

III

Traitement.

« Préventivement, on tentera de mettre les phtisiques à l'abri de l'appendicite en suivant le sage conseil formulé par Peter : « Il faut entourer de soins pieux les voies digestives des tuberculeux. »

« Du *régime* de ces malades, minutieusement réglé, sera banni tout ce qui peut provoquer l'excès de stase et de fermentations intestinales, afin d'éviter soit les risques d'une appendicite commune dans un organe sain, soit une localisation microbienne secondaire qui exciterait des troubles dans un vermium tuberculeux, jusqu'alors sans réaction clinique.

« On recommandera les œufs le lait, les légumes, peu de viande cuite, peu de viande crue. Il sera prudent de ne pas abuser de ce dernier aliment. Alors que, prise par quantités quotidiennes de 100 à 200 grammes, comme dans les hôpitaux, cette viande ne détermine pas de désordres intestinaux, elle peut, au contraire, devenir chez des malades trop zélés une cause d'infection digestive. L'abus de la viande crue est dangereux comme tous les abus, d'ailleurs.

« L'*appendicite aiguë* du tuberculeux sera traitée *chirurgicalement* pendant la durée des vingt-quatre ou trente-six premières heures de la crise, si l'état général le permet. Il y a intérêt vital à soustraire d'une façon précoce, à l'infection surajoutée, un malade déjà affaibli par la phtisie.

« Si l'on ne peut opérer d'urgence, il faudra, pendant le refroidissement de l'affection, rester armé du bistouri dans la crainte de la péritonite ou des abcès. Ceux-ci seront incisés et, dès qu'il sera possible, on procèdera à l'appendicectomie, parce qu'on doit toujours redouter la tuberculose de l'organe.

« Dans la *péritonite aiguë généralisée*, par perforation, bacillaire ou non, du vermium, l'intervention immédiate est indispensable.

« Lorsque, dans les cas aigus, l'opération ne pourra être pratiquée, on instituera le *traitement médical*. Celui-ci consistera dans l'immobilisation au lit, la diète absolue, atténuée par des lavements nutritifs ou des injections de sérum physiologique. On luttera contre la douleur par la glace ou les compresses chaudes, par les lavements d'antipyrine ou par les piqûres de morphine.

« Aussitôt que l'état le permettra, on aura recours au lait et aux purées pour combattre la débilité. »

L'appendicite chronique et l'appendicite tuberculeuse, lorsqu'elles ont pu être diagnostiquées ou, tout au moins, soupçonnées, sont justiciables de l'appendicectomie immédiate avec les précautions suivantes.

Pour l'anesthésie générale on aura recours, non pas à l'éther, mais au chloroforme, avec prudence.

« Il serait mieux de recourir à l'anesthésie locale par la cocaïne ou à l'injection lombaire de stovaïne dans le liquide céphalo-rachidien.

« L'incision iliaque classique devra souvent être agrandie par suite de la difficulté de découvrir et de décortiquer l'appendice souvent caché et adhérent. La ligature et la section devront être très voisines du cæcum, car une ulcération peut siéger à la base d'implantation du vermium.

« D'ailleurs, si l'état du segment iléo-cæcal paraît suspect, il ne faut pas hésiter à procéder à une *résection intestinale* suffisante. La localisation de la tuberculose à l'appendice seul étant rare, le chirurgien devra, tout en hâtant l'opération, rechercher et s'attendre à trouver les lésions bacillaires étendues sur l'intestin ou les annexes, et se tenir prêt à intervenir dans l'intérêt du malade.

« Quand on n'enlèvera que l'appendice, la toilette du moignon avec cautérisation ignée et l'enfouissement seront l'objet de soins minutieux, en vue de parer aux fistules post-opératoires. Ces fistules pourront pareillement apparaître après l'abcès froid péri-cæcal, dans les cas où, après l'incision de la collection, l'état général n'aura pas permis l'ablation du vermium.

« A cette période de fistulisation, le malade est souvent très affaibli ; si l'on peut, il faut faire le curettage des trajets et tenter d'enlever l'appendice avec les tissus qui l'environnent. »

Dr Paul Huguenin.

THÉRAPEUTIQUE

A propos de l'appendicite (1).

Une réponse.

Dans un article intitulé : « Les Purgatifs dans l'appendicite », paru dans le numéro du 15 juillet, et qui prétend être une réponse au petit travail d'actualité que j'avais publié quinze jours auparavant, je suis pris à partie par l'auteur, en des termes dont la forme exagérément élogieuse fait plus ressortir encore le fond satirique : comme qui dirait une pilule amère, très amère, à peine dorée de ci de là.

Vrai, jamais je n'avais supposé que je possédais tant d'esprit ! En revanche,— voyez comme on s'abuse soi-même ! — je croyais jusqu'alors avoir, à défaut d'autres mérites, celui, assez appréciable, de la clarté. Il paraît que je me suis trompé et que j'en dois rabattre, de mes prétentions. Mais, comme c'est cruel et peu charitable à vous, confrère, de me montrer si vivement que toute médaille a son revers, en brûlant sous mes narines quelques grains d'un encens.... pimenté, dont votre critique aiguisée dissipe trop rapidement la fumée odorante.

(1) L'entrefilet paru sous ma signature dans le dernier numéro, a été écrit et composé avant que j'aie eu connaissance de l'article du Dr Médail.
(Dr E.-D. Gaston.)

Eh bien ! laissez-moi, malgré tout, l'illusion de me dire que je n'ai droit ni à cet excès d'honneur, ni à cette indignité dont on pourrait justement me couvrir si j'avais réellement contribué à répandre des idées fausses, malsaines, grosses de conséquences fâcheuses.

Et permettez-moi de revenir, une fois encore, sur ce sujet de l'appendicite, non que je veuille créer et entretenir une polémique inutile — ce dont j'ai horreur, — mais pour remettre, ainsi que c'est mon droit strict, les choses au point et me dégager du reproche d'avoir appuyé ces idées sur des arguments fantaisistes.

Et d'abord, croyez-en ma bonne foi, les praticiens blanchis sous le harnois, dont j'ai invoqué le témoignage, ne sont pas, quoique vous en pensiez, des personnages de roman. L'absence momentanée de l'un d'eux m'empêche d'obtenir de lui l'autorisation de dévoiler son incognito ; mais l'autre m'a laissé toute latitude pour le faire connaître ; c'est le docteur Gassot père, dont je n'ai pas à vanter la valeur professionnelle, si légitimement appréciée de sa clientèle, et qui ne m'en voudra pas de proclamer que, s'il n'est pas une autorité médicale, au sens académique, il fait néanmoins autorité dans un certain monde médical qui passe généralement pour n'être pas mauvais juge en la matière, j'ai nommé notre groupement professionnel : Le Concours.

Ceci dit, j'ajoute qu'ayant relu attentivement mon article, je n'y ai trouvé rien qui justifie la réfutation.... passionnée dont il est l'objet. Je n'ai jamais écrit qu'il ne fallait pas opérer l'appendicite ; je n'ai pas écrit davantage que la purgation en est le principal remède.

Voici ma phrase textuelle (qu'on me pardonne de me répéter) : « Que trouvons-nous toujours « ou presque, à l'origine de ces affections, diver- « ses dans leur essence, comme dans leur locali- « sation ? Des troubles de la motilité, des trou- « bles dans les sécrétions, de l'encombrement in- « testinal, de la coprostase si favorable aux fer- « mentations putrides, sources d'infections et « d'inflammations, ET SANS PRÉJUDICE DU TRAITE- « MENT HYGIÉNIQUE OU THÉRAPEUTIQUE SPÉCIAL « QUI S'APPLIQUE A TEL OU TEL CAS, quelle est la « première indication qui s'impose, TOUJOURS « PRÉVENTIVE et SOUVENT CURATIVE ? Désencom- « brer, désobstruer, désinfecter l'intestin. Or, pour « ce faire, la médication est une : c'est la purga- « tion ».

C'est clair, je pense. Et je défie qui que ce soit d'y signaler un mot, un seul, qui soit en contradiction avec les doctrines en présence, celle des non interventionnistes, ou l'autre. « *Sans préjudice* « *du* TRAITEMENT THÉRAPEUTIQUE SPÉCIAL *qui s'ap-* « *plique à tel ou tel cas* ». Ai-je fait une restriction ? N'ai-je pas, au contraire, usé d'une formule d'une largeur telle que les chirurgiens peuvent y faire entrer l'opération, si bon leur semble, et sans que je m'en offusque ?

Toujours préventive, souvent curative, disais-je de la purgation. Est-ce que la juxtaposition voulue de ces deux adverbes ne précise pas bien ma pensée ? Et me démentira-t-on si je répète que la la plupart des maladies intestinales, les entérites, les engouements, se trouvent fort bien de l'emploi de la méthode évacuante ?

Pour le surplus, et quant aux questions doctrinales pures, qu'il me soit permis de m'en référer à Gilbert, édificateur de la diathèse d'auto-infection, à Richelot, qui proclame l'origine intestinale fréquente de l'appendicite. C'est d'ailleurs ce même Richelot qui s'écrie si judicieusement : « *On prévient les accidents appendiculaires en soignant l'intestin.* » Je m'étais exprimé de la même façon avant d'avoir lu *in extenso* sa remarquable communication, et ce n'est pas pour moi un mince sujet de contentement que de me trouver en complet accord avec cette indéniable autorité médicale.

J'ai ajouté que la purgation est un élément souvent indispensable de la médication intestinale ? Qui soutiendra le contraire ?

Somme toute, mon travail se résume à ceci : « Les appendicites vraies ou fausses, les entérites, « les typhlo-colites procèdent d'un trouble, d'une « infection intestinale ; la prophylaxie de ces ma- « ladies, et, souventes fois, leur guérison, reposent « sur l'emploi de la médication intestinale dont « la purgation fait partie intégrante. » Je n'ai pris parti ni pour ni contre l'intervention chirurgicale chez les appendicités ; je n'ai pas recommandé la purgation comme mode de traitement de l'appendicite, je me suis borné à rappeler qu'à l'Académie, médecins et chirurgiens furent d'accord pour reconnaître qu'on opérait souvent à la légère, sans raisons notables, et qu'il est temps de « serrer les freins, de faire machine en arrière » ; je pourrais donc m'arrêter et souffler, ayant ainsi fait bonne justice des accusations imméritées qui furent portées contre moi.

Je veux cependant ajouter un mot. Il y a une école qui préconise le traitement de l'appendicite — de la vraie appendicite — par la méthode purgative. La place m'étant mesurée, je renvoie le lecteur désireux de s'instruire aux *Annales de Physicothérapie* (n° 1, janvier 1905, p. 37 et seq.), dans lesquelles le Dr J. Rivière expose longuement sa méthode de thérapeutique médicale de l'appendicite par le calomel, la chaleur et l'eau, en appuyant sa démonstration d'observations sérieuses, de faits probants et d'arguments empruntés à certaines autorités médicales, telles que Roux, de Lausanne. Je demande seulement à reproduire deux pensées de ce distingué confrère : « Il suffit — dit-il —, de vider et de désinfecter les « deux égouts collecteurs, tube digestif et veine- « porte (calomel, huile de ricin), et de stimuler « toutes les fonctions évacuatrices de l'économie « .... pour juguler le mal ».

Et plus loin, à propos de l'intervention précoce recommandée par les chirurgiens allemands : » « Voilà une façon de procéder qui, si elle est « adoptée, va procurer du travail aux chirur- « giens du monde entier, mais aussi combien de « victimes vont être sacrifiées à cette nouvelle « forme de la *furia secandi* ! »

Ainsi, l'un affirme qu'il est criminel de purger et de ne pas opérer ; l'autre soutient que l'opération ne saurait prévaloir contre la purgation bienfaisante et salutaire. Et tous deux défendent leurs prétentions à l'aide de faits indiscutables ! C'est l'éternel : « *Tot capita, tot sensus* ! » Conclusion : toute opinion est soutenable, et le paradoxe lui-même peut, une fois par hasard, devenir la vérité. Quant à moi, je me garderai bien de me prononcer ; si j'ai une façon de voir personnelle, je la garde pour moi ; c'est plus prudent, si c'est moins spirituel ; et cela m'épargne les coups, — les coups de plume s'entend, — surtout dans une discussion où je n'ai pas mission

de prendre parti. Mais comme à tout il faut une fin, je terminerai cette réponse — trop longue à mon gré — en répétant qu'en fait de purgation, la meilleure est, à mon avis, l'Eau purgative naturelle de Condal, à laquelle je ne saurais trop recommander à mes confrères de donner la préférence quand ils ont à choisir.

Dr E.-D. GASTON.

CORRESPONDANCE

Réclamations.

Sully, 17 juillet 1906.

Très honoré confrère,

L'administration du Concours présente des lacunes ;

Il y a un an, j'envoyais au confrère de Grissac une lettre monumentale d'agent d'assurances lui disant de vouloir bien me la renvoyer après en avoir pris copie et lui signalant cet état d'esprit spécial ; j'ai reçu une réponse à côté et ma lettre ne me fut pas renvoyée.

Il y a 3 semaines, j'adressais à l'excellent confrère Gassot copie d'une lettre collective que les médecins de Sully avaient envoyée à deux compagnies d'assurances qui prétendaient nous imposer toujours le fameux tarif ministériel ; je pensais qu'elle serait insérée dans notre journal ou qu'il y paraîtrait, sous la rubrique « correspondance », une appréciation ou réponse quelconque.

Mais rien, encore rien.

Aujourd'hui, c'est contre les affirmations du Dr Médail que je viens protester au sujet des purgatifs dans l'appendicite. Ma prose aura peut-être une troisième fois les honneurs du panier, mais au moins j'aurai acquis une conviction, il faut, parait-il, trois cas.

C'est non seulement en mon nom personnel que je parle, mais au nom de mon père et de plusieurs autres confrères et chirurgiens qui ont bien voulu me faire part des convictions acquises par une longue expérience.

Il y a 7 ans que j'exerce et j'ai soigné environ 60 appendicites bien caractérisées, j'ai eu deux décès et j'ai fait faire 6 opérations.

Les deux décès se sont produits par péritonite suraiguë survenue quelques heures après diagnostic fait et sans qu'on ait pu tenter aucun traitement.

A part ces cas foudroyants d'inondation péritonéale à laquelle l'opération n'apporte qu'un choc de plus à un organisme déjà intoxiqué, j'approuve complètement les déclarations de Dieulafoy, avec cette réserve qu'on n'est jamais autorisé à opérer d'emblée une appendicite, d'abord parce que l'opération à chaud est loin de réussir toujours et ensuite parce que la crise peut être unique et ne pas se reproduire.

Si elle se reproduit, on opère, mais à froid, ce qui donne le maximum de chances de réussite de l'opération, soit un mois après le retour à la santé.

Le traitement de la crise que je n'ai jamais vu donner de mauvais résultats est le suivant : purgation, systématique tous les matins pendant 8 à 10 jours avec 1 ou 2 cuillerées à bouche de sel de sedlitz granulé dans 1 ou 2 verres d'eau sucrée froide ou d'eau gazeuse ; tous les soirs, grand lavement de 1 litre d'eau froide naphtolée 1 gr. par litre en une ou deux fois.

Vessie en caoutchouc remplie d'eau froide renouvelée toutes les 2 heures, appuyant en permanence sur le point douloureux (Mac Burney) et maintenue par un cerceau (le meilleur moyen de fortune est un cercle de tonneau en bois scié en deux et lié comme les cerceaux d'un carrelet de pêcheur). Je dis eau froide, car la glace est difficilement supportée et peut même causer des mortifications de la peau malgré l'interposition de flanelle qui se trouve mouillée par la buée qui coule sur la vessie.

Jamais d'opium ni de morphine.

Le second jour en général le malade ne souffre plus et se sent faim.

Régime : eau bouillie froide et, quand l'appétit apparaît, donner parcimonieusement du lait froid coupé de moitié de décoction d'orge *ordinaire* sucrée. (Dans ce cas, en effet, le lait ne se coagule pas d'un seul bloc dans l'estomac.)

Une crise d'appendicite guérit toujours avec ces très simples moyens.

Les vomissements ne sont pas une contr eindication. Dans les cas rares où ils empêchent l'action ou même l'absorption du purgatif doux précité, il peut se produire une complication: je n'en ai observé que 4. 1 abcès stercoral sortant par le canal inguinal et 3 abcès pelviens ayant trouvé un orifice de sortie par le rectum (j'ai purgé dès que j'ai pu).

On objectera la « belle série », mais tous les confrères à qui j'ai parlé de ce système et qui ont eu assez la « foi » pour l'appliquer *impitoyablement* n'ont pas eu de mort ni même d'accident grave.

Bien entendu, s'il se produit une seconde crise on la calmera par ce procédé et 1 mois après on conseillera l'opération.

L'effet de ce traitement est de désinfecter l'intestin et de faciliter la défense de l'organisme surtout par la présence de fausses membranes ; et si on n'a eu à soigner qu'une fausse appendicite, en mettant tout au pire, on n'aura pas à se reprocher d'avoir fait faire une opération dangereuse et inutile.

Conclusions : n'opérer jamais à chaud et jamais après une crise unique ; dès la 2e crise, conseiller l'opération 1 mois après guérison.

Le purgatif doux (sel de sedlitz granulé), ne fait jamais de mal;

1° Quand il est employé dès le début.

2° Quand il est employé par petites doses et avec une alimentation liquide.

3° Quand il est accompagné d'une réfrigération prolongée du ventre.

Veuillez agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels. Dr MEUNIER.

P. S. On purge et on donne des laxatifs à un constipé non malade, et quand il est malade par suite de sa constipation on le constiperait avec de l'opium pour le guérir, ce serait une entorse à la logique — ou de l'homéopathie incomprise !

Réponse. — Pas de lacunes, cher confrère : pas de panier non plus. Examinés par les Conseils du *Concours* et du Sou, les documents que vous avez adressés à De Grissac et à Gassot ont été confiés à Diverneresse et Jeanne pour figurer dans les dossiers qu'ils grossissent et utilisent en vue des luttes contre les assureurs.

Nous ne pouvons tout publier, mais nous collectionnons sans cesse les armes précieuses que les vigilants comme vous récoltent à notre intention.

En revanche, c'est la seule publicité du journal qui convient à l'intéressante communication que vous opposez (comme nous l'avions prévu) à l'article du confrère Médail. Nous ne vous la ferons pas attendre un seul instant, car la santé publique est vraiment trop mise en jeu par les théories systématiques qui tombent des Académies et que les praticiens ont le devoir de contrôler sans se laisser influencer par le prestige des grands noms.

M. le Dr D.-E. Gaston sera d'ailleurs heureux de la confirmation que vous apportez à son expérience de praticien qu'il défend dans un des articles ci-dessus.

Une rectification attendue.

Paris, 21, rue Cujas, le 9 juillet 1906.

A Monsieur le docteur Jeanne, directeur du *Concours médical*, Paris.

Mon cher confrère et ami,

Je viens de lire dans le numéro du 1er juillet de votre journal, sous la signature du docteur Grellety (de Vichy), un article qui me vise personnellement et auquel je vous demande la permission de répondre.

Cet article ayant pour titre « *le fléau massothérapique* » contient, entre autres, les passages suivants :

« *Ah ! si l'agriculture manque de bras, il n'en est pas de même de l'industrie massothérapique !*

« *J'ai dit, jadis, sur le ton de la plaisanterie, au docteur Archambaud, qui ne se lassait pas de distribuer des diplômes à une foule de donzelles enlevées aux antichambres et à l'anse du panier, qu'il avait déchaîné sur les confrères une meute insatiable, dont le nombre a pris des proportions inquiétantes.*

« *Aujourd'hui, je n'ai plus envie de rire, et c'est avec effarement, avec des gestes éplorés, que je viens, au nom du corps médical, demander grâce à ce terrible professeur de massage, dont les élèves sont légion, et qui n'en conserve pas moins sa sérénité avec un sourire engageant qui commande plutôt la sympathie que la terreur. Comme la Faculté, qu'il songe à l'encombrement* ».

Je lui sais gré du « sourire engageant qui commande la sympathie » et, en échange, je lui adresse tous mes remerciements pour les moments agréables qu'il m'a si souvent fait passer en lisant ses articles. C'est sans doute pour m'en faire mieux souvenir qu'aujourd'hui il déroge à la règle.

Je lui reproche de parler, contrairement à ses habitudes, de choses qu'il ignore.

D'abord, je ne distribue pas de « diplômes à une foule de donzelles enlevées à l'antichambre et à l'anse du panier ». Les études qu'on fait à mon école sont assez sérieuses pour que les laveuses de vaisselle ne soient guère tentées de les entreprendre. Si le docteur Grellety avait pris la peine de venir consulter mes registres, il y aurait vu, inscrits en ce moment, une docteresse en médecine, deux étudiants en médecine, cinq étudiantes en médecine également, un pharmacien, quatre sages-femmes, deux étudiantes de la Faculté des sciences, une étudiante de la Faculté des lettres, une veuve de confrère, une veuve de pharmacien, etc.

Il y aurait vu également que je ne distribue pas de diplômes, mais que, au sortir de l'Ecole, je délivre aux élèves qui le méritent, et après examen passé devant trois confrères, examen auquel tous n'arrivent pas, un certificat sur lequel ils apposent leur signature, au-dessous de l'engagement suivant, imprimé à l'avance :

« Je m'engage à ne traiter par le massage que les malades qui m'auront été adressés par un médecin ou sous la direction d'un médecin, sous peine de tomber sciemment sous le coup des articles 16 et 18 de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine ».

Je dénie, en outre, à mon excellent confrère, le docteur Grellety, le droit de parler « au nom du corps médical ». S'il avait encore pris la peine de se renseigner, il se serait rendu compte que 80 sur 100 de mes élèves me sont adressés par des médecins.

Il aurait pu aussi prendre connaissance des deux ordres du jour suivants, votés par les Sociétés médicales du XIVe et du Ve arrondissements. Mon école a fonctionné d'abord dans le XIVe et fonctionne maintenant, depuis plus de dix ans, dans le Ve. Voici le texte de ces ordres du jour :

Ordre du jour voté par la Société du Ve arrondissement.

La Société estime qu'une école de massage, dirigée par un médecin, soucieux des principes de la déontologie, n'est pas un danger pour la profession médicale, et peut au contraire lui rendre des services.

Ordre du jour voté par la Société du XIVe arrondissement :

Considérant qu'une école de massage dirigée par un médecin ne peut nuire au corps médical et lui rend même des services en créant des aides capables qui connaissent les dangers de leur intervention en dehors des conseils du médecin traitant, estime qu'il n'y a pas lieu de demander la suppression de ces écoles.

Je dirai également au docteur Grellety qu'à chaque instant des médecins me demandent des masseurs et des masseuses, bien qu'ils sachent que je ne tiens pas le bureau de placement et que je les leur procure de la façon la plus désintéressée. Il en est de même des stations thermales, et à Vichy même, station que le docteur Grellety doit connaître, un établissement m'a demandé, cette année encore, un masseur que je n'ai pu lui fournir faute de candidat.

Je sais tout aussi bien que le docteur Grellety que bon nombre de masseurs et de masseuses font de l'exercice illégal de la médecine, et c'est à empêcher mes élèves de s'y livrer que j'emploie tous mes efforts depuis de longues années. S'il y a, comme il le dit, et c'est fort juste, pléthore de masseurs et de masseuses, il n'y en a pas encore assez qui aient souci de leurs devoirs et qui se cantonnent dans le rôle d'aides du médecin. J'en créerai, quoi qu'il en dise, le plus possible et j'espère bien qu'un jour ceux-ci auront tué ceux-là, de la même façon que les chirurgiens-dentistes ont tué les arracheurs de dents.

Veuillez agréer, mon cher confrère, avec mes remerciments, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels. Dr Paul Archambaud.

N.D.L.R.— Malgré les ordres du jour que rappelle notre ami P. Archambaud, malgré ce que nous avons écrit nous-même en tête du *Concours médical*, il y a déjà bien des années, au sujet de l'Ecole de la rue Cujas, une légende basée sur des idées préconçues courait toujours et était revenue à nos oreilles lors du Congrès d'exercice illégal.

En laissant Grellety s'en faire l'écho (sans malveillance d'ailleurs), nous avions bien prévu que le distingué directeur de la *Revue médicale* n'hésiterait pas à répéter ici ce que chacun doit savoir au sujet de l'école de massothérapie qu'il a eu la bonne inspiration de fonder.

C'était le meilleur moyen de rendre à la vérité la place qu'on cherche toujours à lui enlever pour des motifs parfois bien suspects.

Nous sommes heureux d'y avoir réussi.

CHRONIQUE DU "SOU MÉDICAL"

NOUVEAUX MEMBRES.

N° 1143 Dr Hazard, à Paris, 6, rue Pastourelle.
1144 Dr Lefèvre, à Livry (Seine-et-Oise).
1145 Dr Lavie, à Reuil (Seine-et-Marne).
1146 Dr Vincent, à Paris.
1147 Dr Tiller, à Marcigny (Saône-et-Loire).
1148 Dr Duplay, à Paris, 92, boulev. Barbès.
1149 Dr Amiard, à Folembray (Aisne).
1150 Dr Cotard, à Vichy (Allier).
1151 Dr Arnaud, à Paris.
1152 Dr Chalet, à Saint-Etienne (Loire).
1153 Dr Peyrichout, à La Nocle-Maulaix (Nièvre).
1154 Dr Larger, à Maisons-Laffitte (Seine-et-Oise).
1155 Dr Duclos, à Fontenay-le-Comte (Vendée).
1156 Dr Oppenot, à Saint-Leu (Seine-et-Oise).
1157 Dr Vialard, à Malzieu-Ville (Lozère).
1158 Dr Paligan, à Saint-Joachim (Loire-Inférieure).
1159 Dr Lepers, à Roubaix (Nord).
1160 Dr Lucy, à Montluçon (Allier).
1161 Dr Meignant, à Chalonnes sur-Loire (Maine-et-Loire).
1162 Dr Cros, à Conques (Aude).
1163 Dr Biau, à Vabre (Tarn).
1164 Dr Gautheron, à Anost (Saône-et-Loire).
1165 Dr Etienne, à Renwez (Ardennes).
1166 Dr Vincent, Saint-Chely-d'Apcher (Lozère).
1167 Dr Ducroquet, Marc-en-Barœul (Nord).
1168 Dr Faucheron, à Paris, 11, rue Joffroy.
1169 Dr Bordes, à Essoyes (Aube).
1170 Dr Jacquet, à Monceau-les-Mines (Saône-et-Loire).
1171 Dr Coulomb, à Nîmes (Gard).
1172 Dr Brionne, à Ablis (Seine-et-Oise).
1173 Dr Nordman, à Calais (Pas-de-Calais).
1174 Dr Verdier, à Combs-la-Ville (Seine-et-Marne).
1175 Dr Valentin, à Lille (Nord).
1176 Dr Baude, à Calais (Pas-de-Calais).
1177 Dr Martin Raget, à Arles (Bouches-du-Rhône).
1178 Dr Lemaire, à Monthermé (Ardennes).
1179 Dr Quint, à Lille (Nord).
1180 Dr Surmont, à Lille (Nord).
1181 Dr Saint-Pierre, à Nantua (Ain).
1182 Dr Chailloux, à Champigné (Maine-et-Loire).
1183 Dr Dupont, à Yzernay (Maine-et-Loire).
1184 Dr Vigen (H.), à Montlieu (Charente-Inférieure).
1185 Dr Roux, à Ferrières-en-Brie (Seine-et-Marne).
1186 Dr Chevallier, à Chaumont-en-Vexin (Oise).
1187 Dr Delacour, à Sermaizes (Loiret).
1188 Dr Samson, à Paris, 33, rue Balagny.
1189 Dr Renon, à Dompierre (Allier).
1190 Dr de Bil, à Hondschoote (Nord).
1191 Dr Gaillard, à Aurillac (Cantal).
1192 Dr Jullien, à Joyeuse (Ardèche).
1193 Dr Halimbourg, à Homecourt-Jœuf (Meurthe-et-Moselle).
1194 Dr Houllier, à Saint-Just (Charente-Inférieure).
1195 Dr Defaucamberge, à Gien (Loiret).
1196 Dr Simonnin, à Gy (Haute-Saône).
1197 Dr Schwanhard, à Saint-Rémy-s-Avre (Eure-et-Loir).
1198 Dr Germond, à Ecouché (Orne).
1199 Dr Cazemajour, à Langon (Gironde).
1200 Dr Couëtoux, à Alfort (Seine).
1201 Dr Faleur, à Ribemont (Aisne).

Le Conseil d'administration du « Sou médical » croit devoir rappeler qu'il n'est tenu aucun compte des adhésions non accompagnées du montant de la cotisation :

Du 30 juin au 30 novembre, cette cotisation est de onze francs.

Les membres qui ont envoyé leur adhésion sans verser la cotisation sont priés de régulariser leur situation par l'envoi d'un mandat au trésorier, Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).



Mon cher confrère,

Me trouvant de nouveau en conflit avec les compagnies d'assurance, je vous serais très obligé, tout en vous priant de m'excuser de vous mettre ainsi à contribution, si vous pouviez me fixer sur les points suivants :

1° La banlieue de Paris est-elle officiellement comprise dans les visites à 2 fr. 50 ? Les compagnies d'assurances ne veulent nous donner que 2 fr. la visite et 1 fr. 50 la consultation.

2° Pour un accident survenu *antérieurement* à l'application de la loi, ai-je le droit d'exiger le tarif local, 3 fr. la visite, tarif que la Cie d'assurances a accepté pour une note antérieure arrêtée au 1er janvier 1906, contenant par conséquent des visites faites après l'application de la loi ?

3° Pouvons-nous compter comme consultation la visite faite avec le médecin de l'assurance et la présence à l'expertise du médecin désigné par le juge de paix ?

J'espère, mon cher confrère, que vous ne m'en voudrez pas de vous déranger si souvent, mais nous avons besoin d'être aidés et documentés pour lutter efficacement contre les Cies d'assurances et ne pas nous laisser exploiter.

H. M.

Mon cher confrère,

Le tarif ministériel a été publié le 8 octobre 1905, il n'était applicable qu'un mois après, soit le 8 novembre 1905.

1re Question.— Le tarif du 8 octobre 1905 n'accordait pour toutes les localités de la banlieue de Paris que 2 fr. la visite et 1 fr.50 la consultation.

Le décret modifiant ce tarif va paraître incessamment, la commission chargée de le modifier vient de terminer ses séances, et la banlieue aura le tarif de Paris, sauf la commune de Nogent dont les médecins n'ont pas voulu se donner la peine de réclamer.

2e Question.— Tous les soins, visites, opérations, certificats, etc., etc., faits avant le 8 novembre 1905, doivent êtres payés suivant le tarif ouvrier ; la visite 3 fr. les massages 8 fr., etc., etc. Le *Concours médical* du 27 juin 1906 (n° 24, page 437) a publié un jugement dans ce sens obtenu à Vincennes. Les prix du tarif ouvrier étaient fixés par des jugements publiés dans le *Bulletin du Syndicat des médecins de la Seine* du 15 avril 1900, page 75 ; 15 mars 1901, page 53 ; 15 juillet 1902, page 129 ; 15 juillet 1904, page 156 : Tarif des Syndicats des médecins de la Seine.

La visite faite avec le médecin de la Cie est réglée par l'article 4 du tarif, elle est comptée visite double.

La présence du médecin du blessé à l'expertise n'a pas été fixée, malgré nos efforts, c'est une lacune et une injustice, car la Cie est assistée de son médecin parce qu'elle le paye pour son dérangement, tandis que le blessé se trouve seul en face du médecin expert et du médecin de la Cie, parce qu'il n'a pas d'argent pour payer le dérangement du médecin qui l'a soigné.

Le médecin du blessé assistant à l'expertise devrait être payé par l'assistance judiciaire comme on paye l'avocat.

Achetez donc au « Concours médical » pour 0,50 cent. l'exemplaire du tarif avec répertoire alphabétique, sans quoi vous serez chaque jour spolié par certaines Cies d'assurances.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le règlement d'administration publique sur la désinfection obligatoire.

Ce document était attendu depuis fort longtemps. Les médecins sont particulièrement intéressés à le connaître : c'est pourquoi nous le publions *in extenso.*

Si longue qu'en ait été la gestation, elle n'a pas suffi à écarter les mille et mille niches à conflits que nous apercevions dès 1902 comme à peu près inévitables.

Nulle part, on n'y voit signalée l'intervention du médecin traitant dans les opérations à prescrire. C'est étrange, car, en pratique, tout le monde, depuis le maire et ses agents jusqu'au malade, à la famille, et même aux voisins, se voudra couvrir de ses indications et le tiendra sans cesse entre l'arbre et l'écorce. Il y aura encore de beaux jours pour les petites tyrannies municipales derrière l'interprétation arbitraire que prévoient les articles 17, 18, 19. Et que de sous entendus à signaler comme prétextes de chicane ! La jurisprudence ne va pas manquer d'ouvrage... Si on applique tout cela.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Intérieur,

Vu la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, notamment les articles 7,19 et 20 ;

Vu l'article 33, ainsi conçu :

« Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'organisation et de fonctionnement.... du service de désinfection ;

Vu l'article 26, notamment le paragraphe 4, lequel est ainsi conçu :

« Des taxes seront établies par un règlement d'administration publique pour le remboursement des dépenses relatives à ce service » ;

Vu la loi du 7 avril 1903, relative à l'application à la ville de Paris et au département de la Seine de la loi du 15 février 1902 ;

Vu l'avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

TITRE Ier

Organisation générale

CHAPITRE Ier

Services municipaux.

Art. 1er. — Dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, le conseil municipal, après avis du directeur du bureau d'hygiène, décide la création d'un ou plusieurs postes de désinfection et détermine la composition et la rétribution du personnel. Il vote les crédits nécessaires à l'acquisition et l'entretien du matériel et au fonctionnement du service.

Art. 2. — Les délibérations prises par le conseil municipal sont transmises par le préfet au conseil départemental d'hygiène.

Si, sur le vu des observations présentées par celui-ci, le préfet estime que les dispositions adoptées par le conseil municipal équivalent au défaut d'organisation tel qu'il est prévu par le paragraphe 5 de l'article 26 de la loi du 15 février 1902, il invite par un arrêté motivé le conseil municipal à délibérer de nouveau. Dans le cas où, dans le délai de deux mois à partir de la notification de cet arrêté, le conseil municipal n'a pas pris une nouvelle délibération répondant au vœu de la loi, il est statué, s'il y a lieu, par un décret en forme de règlement d'administration publique.

Si le préfet conteste la nécessité des dépenses qui résulteront pour le département et pour l'Etat de l'organisation du service de désinfection et de son fonctionnement, il est statué, s'il y a lieu, après une nouvelle délibération du conseil municipal, par décret rendu en conseil d'Etat, conformément au paragraphe 1er de l'article 28 de la loi.

Art. 3. — Chaque semestre, le maire transmet au préfet un rapport détaillé sur les opérations du service ; le préfet en adresse copie au ministre de l'intérieur.

CHAPITRE II

Services départementaux.

Art. 4. — Pour les communes de moins de 20.000 habitants, le conseil général délibère, après avis du conseil departemental d'hygiène, sur la création des postes de désinfection, la composition et la rétribution du personnel. Il vote les crédits nécessaires à l'acquisition et à l'entretien du matériel et au fonctionnement du service.

Art. 5. — Dans chacune des circonscriptions sanitaires entre lesquelles le département est divisé conformément à l'article 20 de la loi du 15 février 1902, doit être établi au moins un poste de désinfection.

Les sièges de chaque poste sont fixés de telle sorte qu'il ne faille pas plus de six heures pour se rendre du poste dans les diverses communes qu'il est appelé à desservir.

Un poste doit nécessairement être placé dans toute station thermale possédant un bureau municipal d'hygiène par application de l'article 19 de la loi du 15 février 1902.

Art. 6.— Pour l'ensemble des communes relevant du service départemental, le service de désinfection est placé sous l'autorité du préfet et sous le contrôle d'un membre du conseil départemental d'hygiène, désigné par le préfet.

S'il a été organisé dans le département un service de contrôle et d'inspection, conformément à l'article 19 de la loi du 15 février 1902, le contrôle prévu au paragraphe précédent est exercé par le chef de ce service.

Art. 7. — Dans chaque circonscription, le service est dirigé par un délégué de la commission sanitaire agréé par le préfet.

Il veille à l'exécution régulière et immédiate des mesures de désinfection dans les conditions techniques prescrites par le conseil supérieur de l'hygiène. Il veille également à ce que les postes de désinfection soient constamment munis du matériel et des désinfectants nécessaires, et à ce que les chefs de poste tiennent avec soin les registres de contrôle prévus à l'article suivant.

Il présente tous les mois au moins à la commission sanitaire un rapport sur les résultats et les besoins du service de la circonscription ; ce rapport est transmis au préfet avec l'avis de la commission.

Art. 8. — Chaque poste de désinfection est dirigé

par un chef de poste, assisté, s'il y a lieu, d'agents ou d'aides.

Les chefs de postes et les agents procèdent eux-mêmes aux opérations de désinfection.

Le chef de poste tient un registre des déclarations à lui adressées par les maires, des opérations, transports et voyages affectués et dresse pour chaque série d'opérations une feuille spéciale suivant un modèle arrêté par le ministre de l'intérieur.

Les chefs de postes et agents sont nommés et révoqués par le préfet sur la proposition du délégué de la commission sanitaire. Ils sont rémunérés à l'année, au mois, à la journée ou à l'heure. Les chefs de poste sont assermentés ; le préfet peut en outre faire assermenter un certain nombre d'agents.

Art. 9. — Les délibérations prises par le conseil général sont transmises par le préfet au ministre de l'intérieur.

Si, après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France, le ministre estime que les dispositions adoptées par le conseil général équivalent au défaut d'organisation tel qu'il est prévu par le paragraphe 5 de l'article 26 de la loi du 15 février 1902, un décret motivé rendu dans le délai prévu par l'article 49 de la loi du 10 août 1871 peut suspendre l'exécution de la délibération du conseil général. Dans le cas où le conseil général, au cours de sa plus prochaine session, ou dans une réunion extraordinaire antérieure à celle-ci, n'a pas pris une nouvelle délibération répondant au vœu de la loi, il est statué par un décret en forme de règlement d'administration publique.

Si le ministre conteste la nécessité des dépenses qui résulteront pour les communes et pour l'Etat de l'organisation du service de désinfection et de son fonctionnement, un décret motivé peut suspendre, comme ci-dessus, l'exécution de la délibération. Dans le cas où le conseil général, au cours de sa plus prochaine session ou dans une réunion extraordinaire antérieure à celle-ci, n'a pas donné satisfaction aux observations du ministre de l'intérieur, il est statué par décret en conseil d'Etat, conformément au paragraphe 1er de l'article 26 de la loi du 15 février 1902.

TITRE II

Fonctionnement.

Art. 10.— Dans toutes les communes, dès que le maire a reçu la déclaration que comporte l'une des maladies mentionnées à la première partie de la liste arrêtée par le décret du 10 février 1903, il avertit le chef de poste dans la circonscription duquel se trouve le malade signalé. S'il est avisé de l'existence de l'une de ces maladies et qu'il n'y ait pas de médecin traitant, il envoie un médecin et prend ensuite, sur la déclaration de celui-ci, les mesures prescrites par le présent décret.

En outre, si la commune où demeure le malade est comprise dans le service départemental, le préfet ou le sous-préfet avertit le délégué de la commission sanitaire.

Art. 11. — Toutes les opérations de désinfection sont effectuées par le service public, sous les réserves indiquées aux articles 14 et 17.

Art. 12. — Le chef de poste envoie au lieu où se trouve le malade un agent muni des désinfectants appropriés.

Cette visite ne peut être effectuée que de jour.

L'agent s'adresse, en vue de l'exécution des mesures à prendre, au principal occupant, chef de famille ou d'établissement, des locaux où se trouve le malade, et à son défaut, dans l'ordre ci-après, au conjoint, à l'ascendant, au plus proche parent du malade ou à toute personne résidant avec lui ou lui donnant des soins.

Art. 13. — Il remet à cette personne une note dont le modèle est arrêté par le ministre de l'intérieur, rappelant l'obligation de la désinfection et reproduisant les pénalités prévues par la loi et le tarif de désinfection.

Il se met à sa disposition pour l'exécution des mesures indispensables.

Ces mesures, pendant le cours de la maladie, concernent essentiellement la désinfection des linges contaminés ou souillés et des déjections ou excrétions : elles ne peuvent constituer une intervention quelconque dans le traitement du malade.

Art. 14 — La personne à qui a été remise la note prévue par l'article précédent peut exécuter ou faire exécuter elle-même la désinfection, à la condition de prendre, sur une formule qui est mise à sa disposition par l'agent, l'engagement :

1° De se conformer exactement pendant le cours de la maladie aux instructions du conseil supérieur d'hygiène publique de France, approuvées par le ministre de l'intérieur, et dont un exemplaire lui est remis ;

2° De se soumettre dans l'exécution des mesures prises, au contrôle de l'agent du service public, qui ne pourra se présenter au domicile du malade plus d'une fois par jour ;

3° D'avertir sans délai le maire, le cas échéant, du transport du malade hors de son domicile ;

4° D'aviser le maire de la première sortie du malade après sa guérison, en vue de l'application de l'article 15 du présent décret.

Art. 15. — En cas de transport du malade hors de son domicile, après la guérison, ou en cas de décès au cours ou à la suite d'une des maladies mentionnées à la première partie de la liste arrêtée par le décret du 10 février, la désinfection totale des locaux occupés personnellement par le malade et des objets qui ont pu être contaminés pendant la maladie doit être opérée sans délai.

Art. 16. — Le maire, prévenu soit par l'avis donné en exécution des 3° et 4° de l'article 14, soit par la déclaration de décès, informe le chef de poste dans la circonscription duquel se trouve le domicile à désinfecter ; le chef de poste adresse à la personne désignée à l'article 12 un avis faisant connaître au moins douze heures à l'avance le moment où il sera procédé aux mesures de désinfection. Un pareil avis est adressé, en cas de décès, aux héritiers, s'ils habitent la commune et sont connus de l'administration.

Le délai de douze heures ci-dessus pourra être abrégé par une décision motivée du maire.

A défaut d'une des personnes énumérées à l'article 12 et en l'absence des héritiers, le maire prend les mesures nécessaires pour que les objets contenus dans le local à désinfecter ne soient ni détournés ni détériorés.

Art. 17. — Sauf le cas d'urgence constaté par un arrêté du maire, ou, à son défaut, par un arrêté du préfet, les personnes énumérées à l'article 12 du présent décret ou les héritiers peuvent exécuter par leur soins la désinfection, à la condition de prendre par écrit, sur une formule qui leur est remise par le service public, l'engagement :

1° De faire opérer la désinfection sans délai, et conformément aux instructions du conseil supérieur d'hygiène publique de France, approuvées par le ministre de l'intérieur, et dont un exemplaire leur est remis ;

2° De prévenir au moins douze heures à l'avance le chef de poste du moment où l'opération doit avoir lieu ;

3° De se soumettre, dans l'exécution des mesures prises, au contrôle de l'agent du service public, qui s'assurera sur place si les opérations sont exécutées dans les conditions techniques formulées par le ministre de l'intérieur après avis du conseil supérieur d'hygiène publique et, spécialement, quand il est fait usage d'appareils, s'ils fonctionnent dans les conditions imposées par le certificat de vérification prévu au décret du 7 mars 1903.

Art. 18. — S'il résulte des constatations faites par les agents que les engagements pris en vertu des articles 14 et 17 du présent décret n'ont pas été tenus, ou que la désinfection a été opérée par les particuliers ou par leurs soins d'une façon insuffi-

santé, le maire prescrit immédiatement l'exécution par le service public des mesures indispensables.

Art. 19. — Si, au cours de la désinfection, la destruction d'un objet mobilier est jugée nécessaire par le service, il y est procédé sur l'ordre du maire. En cas de refus du maire, le préfet statue.

Art. 20. — Il est dressé un état descriptif et estimatif des objets à détruire par le chef de poste ou l'agent qui s'est rendu à domicile, contradictoirement avec le propriétaire de l'objet ou l'une des personnes désignées à l'article 12. Cette personne peut être remplacée par un héritier, s'il s'agit d'une désinfection après décès.

En cas de refus d'une des personnes ci-dessus énumérées de concourir à la rédaction de l'état, ou en cas d'impossibilité de le dresser contradictoirement, le chef de poste ou l'agent mentionne l'une ou l'autre de ces causes dans un procès-verbal auquel il joint l'état dressé par lui seul.

L'état et, s'il y a lieu, le procès-verbal sont déposés à la mairie et communiqués en duplicata au sous-préfet si le service est départemental. Si une indemnité est réclamée, la demande est adressée suivant le cas au maire ou au sous-préfet.

Art. 21. — Si le maire reçoit la déclaration d'une des maladies mentionnées à la seconde partie de la liste arrêtée par le décret du 10 février 1903, il avertit le chef de poste, lequel est tenu de se mettre immédiatement à la disposition du malade ou de sa famille pour assurer la désinfection dans les conditions prescrites par le Conseil supérieur d'hygiène publique.

TITRE III

Taxes.

Les taxes de remboursement prévues par le paragraphe 4 de l'article 26 de la loi du 15 février 1902 sont établies proportionnellement à la valeur locative de l'ensemble des locaux d'habitation dont dépend la pièce occupée par le malade.

Le tarif est arrêté par le conseil municipal ou par le conseil général, selon qu'il s'agit d'un service municipal ou départemental, il ne peut dépasser les maxima fixés par le tableau suivant :

Dans les communes de moins de 5,000 habitants, 3 p. 100.

Dans les communes de 5,000 à 20.000 habitants, 2,20 p. 100.

Dans les communes de 20,000 à 100,000 habitants, 2 p. 100.

De plus de 100,000 habitants, 1,50 p. 100.

Paris, 1 p. 100,

Si la taxe à percevoir en vertu de ce tarif dépasse 30 fr. par pièce soumise à la désinfection totale, elle est réduite d'office à ce maximum.

Art. 23.— La taxe est applicable, quel que soit le mode de désinfection des locaux ou des objets qu'ils renferment, que ces derniers soient désinfectés sur place ou au dehors.

Elle comprend l'ensemble des opérations occasionnées par la même maladie ; néanmoins, si la maladie excède une période de six mois, la taxe ne comprend que les opérations effectuées au cours de cette période et elle est renouvelable pour chaque période nouvelle de six mois.

Elle comprend également les frais de transport.

Art. 24. — Dans le cas où la désinfection des objets est demandée indépendamment de celle des locaux, la taxe est réduite à la moitié de ce qu'elle eût été si la désinfection avait porté également sur le local ayant renfermé lesdits objets.

Art. 25. — Sur la demande des intéressés, le service peut effectuer de nuit la désinfection totale prévue par l'article 15 du présent décret. Dans ce cas, l'opération donne lieu à une redevance supplémentaire montant à 5 p. 100 de la taxe.

Art. 26. — Pour la désinfection des chambres d'hôtels garnis, ainsi que des loges de concierges, des chambres de domestiques et des chambres individuelles d'ouvriers logés chez leurs patrons, lorsque ces loges ou chambres font partie d'une habitation collective, la taxe est réduite à une somme fixe dont le maximum est de 5 francs.

Art. 27. — La désinfection est gratuite pour les indigents.

Art 28. — Les conseils généraux et les conseils municipaux peuvent appliquer des tarifs réduits à la désinfection dans les établissements charitables ou scolaires.

Ils fixent les tarifs à appliquer aux opérations de désinfection dans des cas autres que ceux qui entraînent une obligation légale.

Art. 29. — Ces taxes sont dues par le malade ou, en cas de décès, par ses héritiers.

Toutefois, dans les cas visés à l'article 26, elles sont dues par les gérants, propriétaires, maîtres ou patrons. Dans les cas où il s'agit d'établissements charitables ou scolaires, elles sont à la charge des établissements.

Art. 30.— Les taxes sont établies sur des états, d'après les feuilles dressées par le chef de poste et certifiées par le directeur du bureau d'hygiène ou le délégué de la commission sanitaire.

Art. 31. — Le montant des taxes, porté en recette aux budgets municipaux et départementaux, est déduit des dépenses de fonctionnement du service avant leur répartition entre les communes, le département et l'Etat.

Art. 32. — Les dispositions du présent décret sont applicables à la ville de Paris et aux communes du département de la Seine, sous réserve de l'observation des règles édictées par la loi du 7 avril 1903 pour la répartition des attributions relatives à la protection de la santé publique entre le préfet de la Seine, le préfet de police et les maires desdites communes.

Art. 33. — Le ministre de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois.*

Fait à Paris, le 10 juillet 1906.

A. Fallières.

Par le Président de la République,

Le ministre de l'intérieur,
G. Clemenceau.

VARIA

Une note juste

Les Parisiens... Réactionnaires !

Boileau sur une longue trajectoire un jour insulta l'homme :

.... De Paris jusques à Rome
Le plus sot animal, à mon avis, c'est l'homme,

dit-il. A l'époque où il écrivit ce distique fameux, son esprit vraisemblablement ne suivait ni les réseaux du P. L. M., ni ceux du Nord de l'Italie. Il interposait comme entre les deux pôles géants de la pensée, pôle antique et pôle moderne, pôle artistique et pôle oratoire, pôle de la gloire et pôle du luxe, pôle de la soumission et pôle de la dominance, toute la naïve humanité défilant sans interruption en vagues théories autour de son immuable cercle vicieux. Il franchissait mentalement la Bourgogne aux coteaux dorés, le Lyonnais dévideur de cocons, le Midi qu'embrase le soleil, l'ardente Cannebière elle-même et les flots bleus méditerranéens sur lesquels tremblent les bateaux. L'imagination du poète bondissait par-dessus cet espace observé en un clin d'œil jusque dans la nuit de l'histoire. Oui l'homme, pouvait-il s'écrier ensuite, est un sot animal, parce que s'il n'était pas sot, il ne lui resterait plus qu'à être un animal comme tous les autres. Ce qui le distingue, ce n'est que sa sottise. Que de fois il s'imagine faire de grandioses découvertes alors qu'il ne fait que ressusciter de vieilles notions ! Rien ne nous prouve que ce qui l'enorgueillit le plus, l'invention de la vapeur ou de l'électricité, n'est pas revenue maintes et maintes fois déjà sur le tapis

de ses conquêtes scientifiques, et en tous cas rien ne nous prouve que cette acquisition l'a grandi beaucoup. Les sages de l'antiquité s'avançaient aussi loin que les modernes dans leurs conceptions philosophiques,et, à tout prendre l'humanité au berceau, l'homme de l'âge de pierre était plus heureux peut-être que nos contemporains grevés de tous les besoins de notre époque. Que d'hommes ont payé de leur vie le bien-être de leurs semblables! Que d'hommes furent les victimes de ces conquêtes perfides depuis qu'ils arrachèrent la foudre au ciel et le sceptre aux tyrans ! Et celles-ci sont-elles à jamais acquises à l'humanité ? Ne les fit-elle qu'une seule fois ? N'aura-t-elle pas à les ressaisir à maintes et maintes reprises encore dans son évolution future? Autant de problèmes.Mais ce que nous savons bien, c'est que,dans un ordre d'idées moins élevées,partant dans un ordre de disparition et de réapparition plus faciles, nous voyons fréquemment naître, mourir et renaître les mêmes idées dans les courtes annales de la science telle que nous la possédons. Comme Sisyphe roulant son rocher, nous voyons les âges divers de l'humanité que nous connaisons, reprendre les mêmes jouets, les mêmes billevesées, retomber dans les mêmes errements .Oui c'est bien le cas de dire avec un spirituel vaudevilliste moderne « l'expérience est comme les brosses à dents, tout à fait personnelle ». Non rien ne la protège, l'humanité, rien ne la gare des mêmes sottises. Le même hochet lui fera éternellement ouvrir de grands yeux de convoitise. Sans cesse elle recommencera à tisser son interminable toile de Pénélope. Le désir, cet ennemi du bonheur, hantera à jamais sa cervelle complaisante. Désirer ce que l'on n'a pas paraît logique. On ne peut désirer que cela... Mais ne désirer rien pendant un simple moment de sa vie active serait le bonheur réel dont elle semble condamnée à être privée, ou plutôt dont elle semble ne pas vouloir. C'est ainsi que la santé pour elle ne devient qu'un état accidentel, vague, comme plutôt un idéal planant haut et insaisissable. Un mal permanent la dévore : avoir ce qu'elle n'a pas, être ce qu'elle n'est pas, être où elle n'est pas, ne pas être où elle est.

Mal de motilité psychique, mal d'énervement convulsif, plus ou moins développé à Rome, peu m'importe, mais ayant sans conteste son maximum d'acuité à Paris.

Oui, le Parisien ne vit pas, il s'agite: Dieu ou la femme le mène. Il ne dort pas, il frémit. Son cerveau, de Montrouge à Montmartre,de Charenton au Point-du-Jour, sous les trépidations du Métro ou des gros omnibus, n'est jamais au repos. Un incessant ébranlement des neurones en labeur ou de la pulpe en secousse semble exalter encore ce fatidique déterminisme. Il est incapable de faire demain ce qu'il fit hier, de vivre le lendemain de la vie de la veille; il lui faut du changement. des sensations, des impressions fraîches ou qu'il croit nouvelles, afin d'éviter l'illusion même du sommeil et du repos, pour lui éternelle chimère.

Naguère royaliste, aujourd'hui révolutionnaire, demain impérialiste, peu lui importe, pourvu que ça change. Naguère l'homme de la bonne chère, de la succulente cuisine française, aujourd'hui l'homme de la sobriété et de la diète. Hier buveur de sang, aujourd'hui cigale chantant sur l'olivier pacifique ; hier dégustateur de vieux vins pelure d'oignon ou « sableur » de champagne pétillant, aujourd'hui salutiste hydropote, buveur d'eau rigide, antialcoolique assoiffé de microbes homicides, il lui faut changer sans cesse ? Il se dit avec Voltaire :

« On ne vit qu'à demi quand on n'a qu'un seul goût »

Il est persuadé, le Parisien,que réagir est la quintessence de l'action. L'animal est, il est possible, être d'action. Lui, il est avant tout un réactionnaire. Ce qu'il veut surtout, c'est le renversement de l'action. Oh! l'on ne dira pas qu'il ne jouit que d'un vulgaire instinct, d'une simple faculté de répétition de ses mêmes actes. Quitte à recommencer après un court circuit, il change, il réagit sans cesse.

Çà et là, dans sa fourmillière, surgit une idée renversante : vite tous les sujets s'agitent, non pas qu'il soit besoin pour cela de quelque chose autre que du neuf vieux. Quand Lancereaux, imbibé de sa pratique hospitalière, eut appris beaucoup plus l'absinthisme que l'action vraie du vin et confondit l'un et l'autre dans un même ostracisme, le Parisien de bondir sur les fontaines Richard-Wallace. L'eau n'est-elle pas par excellence le symbole du παντα ῥεῖ, du tout coule, du tout passe ? Il se dilate, il s'infecte à plaisir, il fait des entéro-colites qui brouillent les académiciens, et des appendicites en telle quantité que l'on croit volontiers à l'invasion d'un nouveau fléau pathologique. Et s'il nous plaisait d'accuser M. Lancereaux et ses coadjuteurs. Et si nous nous mettions à invectiver cette eau d'un peu partout, si impossible à trouver potable et toujours capable de renouveler au porteur sa provision de bacterium coli. Et si nous objections que, depuis Noë et avant lui sans doute, l'homme recherche les boissons fermentées, c'est peut-être un peu parce que pratiquement il en a retenu les bons effets. Nous savons bien qu'avec un peu d'alcool les enfants n'ont plus d'helminthes. Pourquoi les adultes ne seraient-ils pas protégés par ce rapport sage de tanin et d'alcool qui existe dans la constitution du vin ? Le lendemain,c'est le tour des albuminoïdes, de la viande, Ecoutez Marfan : Voici que notre tube digestif est devenu une distillerie de toxines mortelles,lorsqu'on lui confie à digérer de vulgaires beefsteacks. Comment faisiez-vous donc, bouillants héros d'Homère, pour résister à votre régime ? O Ajax, tu ne pourrais plus,de nos jours, te permettre ta consommation épique d'énormes quartiers de bœuf. Et vous, englishmen, qui tous les jours, dans les grill-rooms, choisissez et déglutissez les plus épaisses, les plus affriolantes tranches à livrer au cookman,comment faites-vous pour rester les plus sportifs, les plus vigoureux hommes du monde ? Ecoutez.., hier encore on mangeait de bonne viande à Paris. A l'instar de certaines tribus anthropophages qui mangent leurs aïeux pour les honorer, on vous faisait beaucoup d'honneur à vous,beaux moutons de la Beauce, et à nous aussi, fins bœufs gras du Charolais!.. Mais c'est fini... vous êtes devenus répugnants et toxiques. « Fi donc, en agitant son éventail ou promenant son face à main, dira la Parisienne (cette fois c'est elle qui est la première convertie), nos jolis corps quasi transparents deviendrait-ils d'immondes sarcophages » Et la voilà végétarienne. Plus que des épinards sans jus, plus que des haricots en gousse et sans grains, par crainte des gaz, plus que de la barbe de capucin à l'eau à peine salée, car il faut penser aussi à la déchloruration. C'est que le temps marche, c'est que le Progrès commande impérieusement! Voici qu'un confrère de *Paris*, le Dr P. Londe (in *Semaine Médicale*, 4 juillet 1905), dans un article d'ailleurs de certaine envergure au point de vue de la pathologie générale, et très bien inspiré lorsqu'il décrit « l'état d'imminence morbide », se laisse aller à son tour à sa phobie du statu quo, phobie de notre époque. L'auto-intoxication gastro-intestinale... voilà le cri du jour, voilà la terreur de chacun.

Aussi se met-il en tête de réinventer la diète ? Sans doute,la saignée va bientôt suivre,ne serait-ce que pour l'émission des impuretés déjà en circulation ? Oui, diète à la puberté, diète à la ménopause, diète pour le vieillard, diète partout.

Gare à vous, pauvres conscrits, s'il est entendu ce cri de guerre dans le monde de la médecine militaire ! Vous allez la reconnaître cette thérapeutique d'antan avec ceinture très perforée et boucle de recul. Et que deviendra notre génération au milieu de ces caprices de l'art ?

Dame Nature, en donnant à l'homme comme à la femme une double paire de canines, n'a-t-elle songé qu'à les armer l'un contre l'autre de défenses réciproques ? Et tous ces phagocytes, toutes ces glandes à destruction des résidus, des poisons, si vous

le voulez, du chimisme biologique,que deviendront-elles si vous les condamnez à l'inaction ?

La fonction fait l'organe, mais l'inertie le détruit. Gare aux précipices de Charybde et de Scylla.

Aussi je ne puis m'empêcher de clamer : trop de vieux nouveau, trop de systèmes, trop d'écoles, trop de réactions ! Un peu d'éclectisme.. confrères.

TUSSAU.

(*L'Echo de la médecine etde la chirurgie.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Nous adressons toutes nos félicitations aux membres du « Concours » dont les noms suivent,qui viennent d'être nommés :

Chevalier de la Légion d'honneur : M. le Dr Selle, de Paris.

Officiers d'Académie : MM. les Drs Cornet, de Ligueil (Indre-et-Loire); Fau, de Vichy (Allier); Lavernot, d'Orry-la-Ville (Oise); Lebret, de Divonne-les-Bains (Ain) ; Leduc, de Tourcoing (Nord) ; Mabille, de Reims ; Prax, de Limoux (Aude).

Avis de l'ouverture d'un concours en 1906 pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales.

Conformément à l'article 3, n° 2, du décret du 21 juin 1906, portant règlement d'administration publique sur l'administration des troupes coloniales, un concours s'ouvrira le 3 décembre prochain, à neuf heures du matin, à l'école d'application du service de santé, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens de 1re classe à des emplois de médecin et de pharmacien aides-majors de 2e classe des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre nés ou naturalisés français ;

2° Avoir eu moins de trente-deux ans au 1er janvier de l'année du concours ;

3° Avoir satisfait aux obligations de la loi du recrutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée en France et aux colonies (1).

Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2e classe au moins.

4° Souscrire un engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

I. *Pour les docteurs en médecine.* — 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Epreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

II. *Pour les pharmaciens de 1re classe.* — 1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ;

2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ;

3° Préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination des substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés) ;

4° Epreuve de chimie analytique : recherche des acides et des bases renfermés dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous.

Notes. — L'appréciation de chacune des épreuves, écrites ou orales, est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

(1) Instruction du 22 octobre 1905 sur l'aptitude physique au service militaire.

Médecins.

Composition écrite	12
Examen clinique	15
Médecine opératoire	12
Interrogatoire sur l'hygiène	10

Pharmaciens.

Composition écrite	12
Interrogatoire sur la physique et la chimie	10
Interrogatoire sur l'histoire naturelle et la pharmacie	10
Préparation	12
Epreuve de chimie analytique	15

Une majoration de 150 points est accordée :

1° Aux anciens internes reçus au concours dans les hôpitaux des villes ayant une faculté de médecine ;

2° Aux docteurs en pharmacie ;

3° Aux licenciés ès sciences ;

Et une majoration de 50 points aux lauréats des facultés.

Les majorations ne peuvent être cumulées.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées avec les pièces à l'appui au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) avant le 25 novembre prochain.

Les pièces à fournir sont :

I. *Avant le concours.* — 1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe (cette pièce devra être produite au plus tard le jour de l'ouverture des épreuves) ;

3° S'il y a lieu, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit à des majorations de points ;

4° Certificat d'aptitude au service militaire établi l'année du concours ;

5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique et des services ;

6° Indication du domicile.

Les dossiers des candidats non reçus seront renvoyés par l'intermédiaire des maires des communes indiquées dans la pièce n° 6.

II. *Après l'admission.* — Engagement de servir pendant six ans au moins au titre de l'activité dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de la nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens admis à la suite du concours sont nommés aides-majors de 2e classe, et vont suivre à Marseille, pendant un an, les cours de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales ; ils portent l'uniforme des aides-majors de 2e classe du service de santé de ces troupes et perçoivent une solde mensuelle de 217 fr. 50 ; il leur est en outre alloué une première mise d'équipement de 575 fr. reversible au Trésor dans le cas où ils n'accompliraient pas les six années effectives de service à partir de leur nomination, à moins qu'ils n'aient été réformés pour cause de maladie.

Ils concourent, à la fin de l'année d'études, avec les aides-majors de leur promotion provenant des écoles militaires du service de santé et prennent rang, avec eux, sur la liste d'ancienneté dans le grade de médecin ou de pharmacien aide-major, dans l'ordre du classement de sortie.

Pour ceux qui n'obtiendraient pas à ce concours le minimum de points déterminés par le règlement intérieur de l'école, il sera fait application de l'article 26 du décret du 3 octobre 1905.

EUG. ÉTIENNE.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année | N° 31 | 5 AOUT 1906

LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.
ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

Caisse des Pensions de Retraite du Corps Médical Français

Assemblée générale du 27 mai 1906.

Présidence de M. Gassot, vice-président.

Le Secrétaire général lit les lettres d'excuses de MM. Lande, Maurat, Lereboullet, Mignon, Blache, membres du comité empêchés, les uns par un devoir professionnel urgent, les autres par leur état de santé.

M. Fleury, actuaire, assiste à la séance.

Le procès-verbal de l'Assemblée générale de 1905 est lu et adopté.

Rapport du Secrétaire général.

Mes chers collègues,

Un écrivain, dont le nom m'échappe, s'exprimait ainsi sur la « Caisse nationale des retraites pour la vieillesse ».

« Les uns et les autres ne s'en servent guère, malgré ses incontestables avantages, parce que le Français est, de sa nature, imprévoyant, et que son éducation économique est encore à faire. Pour qu'il se décide à sacrifier un peu du présent à la sécurité de l'avenir, il faut qu'on le prenne par la main et qu'on le traîne. De lui-même, il est incapable de se décider, mais il suit volontiers le courant. »

Ceci est encore plus vrai pour le médecin, avec cette aggravation qu'il a une méfiance très prononcée pour tout ce qui est fondé par des confrères, se laissant, d'autre part, facilement duper par le premier venu, du moment que ce dernier n'appartient pas au corps médical.

Pour le convaincre, ceux d'entre nous qui s'occupent d'assurances entre médecins ne lui promettent pas des dividendes, des retraites ou des indemnités extraordinaires avec des petites primes annuelles ; ils lui exposent loyalement les données du problème à résoudre ; ils lui présentent des résultats mathématiques et, comme ces résultats sont modestes, les médecins les délaissent.

C'est à ceux qui ont mis plusieurs années à compléter leur propre éducation économique de se mettre résolument à l'ouvrage pour faire l'éducation de la masse de la corporation.

Le premier devoir à remplir c'est, par exemple, de bien exposer pourquoi il est matériellement impossible de donner de grosses retraites, avec des primes minimes.

Comme je l'ai déjà écrit dans un rapport antérieur, l'État a limité le choix des valeurs à acheter et à conserver en portefeuille ; ces valeurs, *dites de tout repos*, rapportent un intérêt minime que tout le monde connaît ; or les intérêts des sommes versées étant minimes, il faut que les

primes soient élevées pour constituer des retraites. *Ces dernières* ne peuvent être alimentées que par un réservoir pécuniaire qui n'a que deux sources d'alimentation : les intérêts du capital versé et les primes annuelles : si le débit de l'une de ces sources diminue, c'est celui de l'autre qui doit augmenter. Ainsi plus nous irons, plus les intérêts diminuant, le choix des valeurs restant limité par l'État, plus malheureusement il faudra recourir à des primes qui seront toujours élevées.

Il y a bien deux autres ruisseaux qui pourraient, en l'espèce, apporter un certain appoint à cette source si exploitée, je veux parler de la mortalité et des dons volontaires. Pour nous, médecins, ils sont d'une aide très superficielle. Ainsi que vous l'indiquent les différentes statistiques, la mortalité exagérée dans le corps médical est heureusement un préjugé, et si vous y joignez que le médecin, appliquant le proverbe « Connais-toi toi-même », sachant mieux que personne quelles sont les tares organiques dont il est atteint ne s'assure qu'à bon escient, vous voyez que le recrutement des adhérents se fait dans un milieu beaucoup moins morbide que pour les compagnies d assurances en général. Les dons volontaires dépendent du hasard et, par conséquent, sont très aléatoires. D'où nécessité absolue de primes élevées pour qu'une œuvre d'assurance sérieuse vive.

Un point très important se présente ensuite à nos méditations. Toutes les œuvres d'assurances sont d'autant plus prospères qu'elles peuvent s'adresser à un plus grand nombre de personnes susceptibles de devenir des adhérents.

Chez nous, le nombre est limité non seulement par la profession, mais aussi, actuellement, par la situation pécuniaire du corps médical. et cependant, parmi les médecins, tout le monde veut fonder des caisses d'assurances. Depuis plus de trente ans que je fais de la propagande pour nos diverses associations et pour nos caisses mutuelles, je suis arrivé à partager ce nombre limité de médecins en 3 catégories.

1° Les riches ou gagnant largement leur vie : il ne faut guère compter sur eux : s'assurer une retraite : à quoi bon ! Cependant j'en ai pas mal rencontré dans ma carrière qui eussent été heureux d'avoir 1.200 fr. de rentes à 60 ans et quel mesquin sacrifice à faire que le versement de cette prime à l'époque de la prospérité. « Si vous ne le faites pas pour vous, faites-le pour les confrères, leur disait-on. » Oui, c'est vrai, mais l'imprévoyance du Français, dont je parlais tout à l'heure, reprenait le dessus. Ils devraient cependant se rappeler que la richesse n'exclut pas la prévoyance, exemple : les milliardaires américains.

C'est dans la deuxième catégorie que nous trouvons nos adhérents et nos collaborateurs les plus chaleureux. Ce sont les modestes et les sages.

Dans la troisième catégorie se rangent, hélas ! les déshérités de la profession : ceux qui auraient le plus besoin de s'adresser à notre caisse pour assurer leur vieillesse ; mais pour venir à nous, ils devraient faire un sacrifice sérieux et ils n'en ont pas le courage et cependant c'est pour eux que notre filiation à l'Association générale serait le plus profitable,

Comptons sur le temps et sur leur éducation économique.

Quant à nous, mes chers confrères, nous n'avons plus qu'à nous laisser vivre, non pas en nous croisant les bras et en regardant passer les bateaux, comme les vieillards de *Faust*, mais au contraire, en employant le temps que nous laisse la direction d'une affaire professionnelle bien assise, qui prospère régulièrement, à développer dans le corps médical ce que j'ai appelé, à plusieurs reprises dans ce rapport, son éducation économique.

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1905.

Messieurs et chers collègues,

Cet exercice 1905, dont je vais vous rapporter l'histoire, en quelques mots seulement, car vous la connaissez, cette ennuyeuse histoire, cet exercice 1905 a été pour votre trésorier des plus pénibles, sous tous les rapports.

Obligé, de par vos décisions, au remboursement d'un tiers environ de notre fortune, ne pouvant naturellement pas trouver dans ses encaissements ordinaires les trois cent mille francs que ces remboursements réclamaient, attendant avec la plus vive impatience l'autorisation de toucher à une partie de notre capital, écrivant lettre sur lettre, faisant les démarches les plus actives et n'aboutissant à rien ; pressé par les uns, bousculé même, — soupçonné par d'autres de négligence, sinon pis, je vous jure qu'il a passé de bien vilains moments : je ne parle pas du travail fou qui lui était imposé.

Enfin, au bout de cinq mois d'efforts, il obtenait de pouvoir mettre la main sur le gros des espèces si ardemment demandées et la distribution a pu se faire et le règlement jusqu'au dernier centime ; nous avons remboursé ainsi une somme globale de deux cent soixante-douze mille quatre-vingt-dix-sept francs, 41 centimes ; le détail de ces remboursements a été déjà publié et vous le trouverez aux pièces annexes.

La balance de la caisse dans l'exercice 1905 s'est soldée par le total de 354.725 fr. 73.

Le tableau suivant en donne le détail :

Recettes.

Cotisations	55.375 35
Versements par retraités	5.388 »
Abandons de retraite, dons	278 »
Intérêts du portefeuille	27.196 80
Remboursement et amortissement de valeurs	5.486 47
Vente de valeurs	240.762 25
Solde débiteur au 1er janvier	20.238 86
Total des recettes	354.725 73

Dépenses.

Achat de valeurs	47.605 10
Retraites	26.199 15
Remboursements	272.097 41
Remboursements à l'Association générale	150 »
Remboursements à divers	230 »
Frais généraux	6.357 72
Total des dépenses	352.639 38
En caisse (30 décembre)	2.086 35
Egal	354.725 73

Voici le détail de ces divers chapitres :

RECETTES.

Cotisations.

Les cotisations ont produit la somme de 55.375,35 mais il convient de remarquer que la société l'Amicale a versé, par les mains de son trésorier, M. Gassot, une somme de 13.864,20, représentant les cotisations de ses membres pour 1904 et 1905.

Les cotisations propres des membres de la Caisse de retraite ne s'élèvent donc qu'à la somme de 41.511,15. La somme des cotisations pour l'exercice précédent (1904) était de 73.638,40.

Le chapitre intitulé : versements par retraités se détaille ainsi : quatre de nos retraités ont versé les sommes suivantes pour augmenter le chiffre de leur retraite ; savoir :

M. A......................	1.172
C..........................	1.915
P..........................	1.702
A..........................	599
Total..................	5.388

M. le D[r] Blache et M. le D[r] Lereboullet ont généreusement abandonné le montant de leur retraite.

M. le D[r] Laurent, de Roanne, n'a pas voulu toucher les intérêts des sommes qu'il avait versées en cotisations et qui lui ont été remboursées ; M. le D[r] Bougon, de Paris, a bien voulu, lui aussi, en abandonner une partie : soit :

Don de M. Lereboullet	142
Don de M. Blache...........	83
Don de M. Laurent..........	8
Don de M. Bougon...........	45
Total..................	278

Intérêts des valeurs du portefeuille, détail.

Rente 3 % amortissable.............	4.590 »
Obligations communales 1879........	124 80
Rente 3 %..........................	4.530 »
Obligations foncières 1883...........	1.440 »
Obligations du Midi................	4.147 20
Obligations Banque hypothécaire 1881	993 60
Obligations Paris-Lyon-Méditerranée.	2.606 40
Obligations Chemins de fer de l'Est..	720 »
Obligations Banque hypothécaire 1880	6 300 »
Obligations Chemin de fer d'Orléans.	1.432 80
Obligations communales 1892........	312 »
Total......................	27.196.80

Remboursement et amortissements des valeurs du portefeuille.

Rente amortissable (remboursement de 75 fr. de rente)...	2.497 50	
Rente amortissable (remboursement de 60 fr. de rente)...	1.998 »	
		4.495 50
Une obligation communale 1879.......		499 40
Une obligation Paris-Lyon............		491 57
Total.......................		5.486 47

Vente de valeurs du portefeuille.

20 obligations communales 1879.....	9.700 »
Rente 3 %.........................	177.568 »
50 obligations Ville de Paris........	19.364 25
50 obligations communales 1892.....	23.950 »
20 obligations foncières 1879........	10.180 »
Total......................	240.762 25

DÉPENSES

Achat de valeurs de portefeuille.

Une obligation communale 1879, en remploi d'une obligation amortie, vendue depuis..................		484 40
100 obligations P.-L. M., savoir :		
1 obligation (en remploi)..	462 65	
50 obligations	23.225 »	
25 obligations	11.675 »	
25 obligations	11.758 05	47.120 70
Total....................		47.605 10

Tableau des retraites.

MM.		MM.	
B..........	83 »	D..........	322 »
L..........	142 »	G..........	309 65
R..........	73 »	J..........	1.600 »
L..........	217 »	M. et Mad. G	800 »
M. et Mad. B	800 »	L..........	400 »
P..........	600 »	M. et Mad. G	2.400 »
M..........	800 »	G..........	150 85
O..........	800 »	R..........	130 »
H..........	800 »	G..........	173 35
M..........	800 »	M. C.......	323 35
B..........	800 »	M..........	800 »
B..........	162 65	B..........	800 »
B..........	800 »	E..........	800 »
B..........	800 »	R..........	800 »
Mad. C....	800 »	R..........	557 »
M..........	751 65	R..........	173 »
J..........	1.600 »	M..........	400 »
A..........	600 »	M..........	400 »
C..........	1.800 »	L..........	830 65
L..........	800 »	Total...	26.199 15

Remboursements aux membres de la Caisse des retraites, sur leur demande, capital et intérêts.

REMBOURSEMENT PAR LE CRÉDIT LYONNAIS.

L. et M[me]......	6.664 85	T. et M[me].....	1.078 »
M..............	1.505 60	S..............	3.702 »
S..............	796 »	R..............	586 »
B..............	1.452 »	R..............	1.412 »
B. et M[me]......	708 »	R..............	815 »
B..............	5.045 »	R..............	2.196 »
C..............	1.446 »	R..............	5.140 »
D..............	1.830 »	P..............	1.477 »
F..............	798 »	M..............	1.436 »
I..............	260 »	M..............	732 »
H..............	3.524 »	M..............	2.325 »
J..............	6 0 »	L..............	4.371 »
L..............	939 »	C..............	727 »
M..............	2.736 »	B..............	2.192 »
M..............	3.490 »	A..............	2.332 »
M..............	1.115 »	H..............	9.418 05
M. et M[me]......	2 534 »	M. et M[me]......	2.173 32
S..............	9.903 »	S..............	835 15
F..............	1.951 »	S..............	5.981 60
P..............	484 »	T. et M[me]......	1.928 7
M[me] L..........	1.634 »	A..............	2.621 15
L..............	2.000 »	B..............	2.751 60
L..............	2.900 »	L..............	4.389 55
L..............	3.809 »	L..............	2.649 10
G..............	868 »	B. et M[me]......	2.959 80
G et M[me].......	2.195 »	C..............	1.104 40
F..............	1.500 »	F..............	2.023 39
D..............	2.188 »	L..............	4.612 25
S..............	2.216 »	L. et M[me]......	3.288 55
C..............	1.210 »	M. et M[me]......	1.599 70
F..............	572 »	P et M[me].......	3.237 55
V..............	2.325 »	C..............	700 05
T..............	2.788 »	C..............	1.719 55

C. et Mme......	5.396 »	M....	4.712 »
C.............	769 »	F............	2.740 »
F.............	1.026 55	S. et Mme......	3.643 »
V.............	2.318 25	C.............	983 50
Mme (O.).......	1.252 95	D.............	964 50
J. et Mme......	6.593 70	M. et Mme.....	2.084 »
L.............	2.769 »	R.............	2.480 »
H.............	3.062 95	G.............	774 50
I.............	2.756 50	H.............	815 80
S.............	3.004 10	D.............	437 »
C. et Mme......	10.478 55	M.............	688 80
A.............	540 »	C.............	3.641 80
A.............	3.078 »		
D.............	1.050 »	Total......	226.585 73

Remboursement par le Comptoir d'Escompte.

A.............	5.000 »»	C.............	3.427 73
C.............	1.045 83	A. et Mme.....	5.212
C.............	2.115 85	C.............	861 15
S.............	1.302 »	N.............	5.331 70
R. et Mme.....	1.538 85	L.............	5.615 40
S.............	5.183 45	S.............	971 85
L.............	836 10	Total.....	39.696 66
D.............	1.254 75		

Remboursement par la Caisse.

MM. R. et S......................... 1.690 42

Remboursement par le Crédit Lyonnais.

Dr B.................................. 4.124 60

Détail des remboursements : (Récapitulation).

Par le Crédit Lyonnais..................	226.585 73
Par le Comptoir d'escompte............	39.696 66
Par le Crédit Lyonnais..................	4.124 60
Par caisse..............................	1.690 42
	272 097 41

Remboursements à l'Association Générale.

Remboursement à l'Association générale, aux mains de M. le Dr Blache, trésorier, des sommes qu'elle avait avancées à des membres de la Caisse pour paiement de leur cotisation :

Pour cotisations de Madame veuve L... 150 »

Remboursement à divers.

A M. le Dr P., sa cotisation................. 230 »

M. le Dr P., ayant atteint l'âge de la retraite, a opté pour la combinasion qui lui permet de toucher sa retraite intégrale à l'âge de 64 ans ; il n'avait donc plus à verser de cotisation pendant les quatre années qui vont suivre ; sa cotisation lui a, en conséquence, été remboursée.

Frais généraux.

Ils se décompent ainsi :

Frais de trésorerie.....................	728 15	
Vente de valeurs du portefeuille :		
Frais de conversion de ces valeurs..........................	305 47	
Avances de capitaux, par les banques..........................	75 »	
Frais d'achat de valeurs.......	45 60	
Droits de conversion sur achats valeurs..........................	174 60	
Frais aux banques.............	605 55	
Frais aux banques.............	5 65	
Frais de procurations.........	53 60	
Frais du trésorier, correspondance, bureau, ports, faux frais........................	396 20	
Comptes divers pour impressions........................	697 90	
Indemnité.........................	2.000 »	5.087 72
Frais de secrétariat, correspondance et divers.........	270 »	
Indemnité.........................	1.000 »	1.270 »
		6.357 72

Vous avez sous les yeux, mes chers collègues, toutes les pièces de comptabilité. Nous allons, si vous le voulez bien, passer l'éponge sur cette affaire liquidée enfin et non sans peines, n'y revenons plus.

Une fois débarrassés de ce cauchemar, nous avons repris notre train habituel ; continuant à placer notre argent au fur et à mesure des rentrées. Nos recettes ont diminué d'un tiers environ; mais nos dépenses sont réduites dans les mêmes proportions ; nos retraités ont reçu, sans trop vives récriminations, leur pension excisée d'un tiers ; quelques-uns ont réparé tant bien que mal la brèche : ils ont versé un supplément de capital ; d'autres ont préféré attendre encore un peu pour toucher ensuite davantage : la plupart ont accepté la situation telle quelle.

Le bilan que j'ai l'honneur de vous présenter a encore assez bonne figure, avec ses huit cent quarante mille francs : nous allons, je l'espère, regagner lentement notre million et nous continuerons à vivre, sûrs de l'avenir et, nous pouvons l'affirmer hautement, fiers d'un passé très honorable.

Ce n'est pas une faillite que nous avons faite, mes chers collègues ; c'est une liquidation volontaire avec remboursement intégral des sommes prêtées : perte d'une illusion, peut-être, mais aucune perte d'argent. La Caisse seule peut dire qu'elle a perdu ; car elle s'est privée de beaucoup de chances qui étaient à son avantage ; chances mauvaises pour nos collègues, donc bonnes pour la Caisse. Je n'insiste pas ; tout le monde l'a compris.

Si nous dressons notre budget pour l'année courante, nous pouvons tabler à peu près rigoureusement sur les chiffres suivants :

Recettes

Portefeuille, environ.................	22.000
Cotisations, environ.................	45.000
Divers (dons et subventions)..........	500
Total environ..............	70.000

Dépenses

Retraites environ....................	30.000
Frais généraux.......................	4.000
Total environ..............	35.000

Nous pourrons donc placer environ 35.000 francs et notre bilan donnera, à la fin de l'année, bien près de neuf cent mille francs.

Nous avons perdu dans le courant de l'exercice dernier deux de nos retraités, MM. M. et M., qui représentaient une somme de huit cents francs à eux deux. Cette année, vient de décéder un autre de nos retraités, M. G., qui figurait pour la somme de 173 fr. 35. Mais la pension de ce dernier est due à ses héritiers.

D'autre part, nous allons vous proposer huit retraites nouvelles, dont le montant total s'élève à la somme de 4.283 francs.

Le total de nos retraites, qui se montait l'année dernière à la somme de.........	26.199 15
va donc, cette année, être diminué de la somme de....................	800 »
Soit..........................	25.399 15
Mais les retraites nouvelles que vous allez voter, soit la somme de.........	4.283 »
vont porter le chiffre total pour 1906 à la somme de........................	29.682 15

Deux de nos sociétaires, ayant mal compris les conditions du remboursement que nous avons offert l'année dernière, se sont présentées, cette année, très en retard, comme vous le voyez, pour demander ce remboursement. Ce sont deux veuves de sociétaires, membres elles-mêmes de la Caisse, Mme veuve H., et Mme veuve S.

Vous allez examiner leur demande et leur dossier. Etant donnée leur situation, étant donné que, veuves et sans conseils suffisants, elles n'ont pas pu ou su prendre une décision aussi rapide que bien d'autres ; en tous cas, on ne peut pas leur reprocher, comme à certains, de nous avoir mis littéralement le couteau sur la gorge ; étant données, en un mot, les circonstances, votre trésorier est d'avis que nous devons accéder à leur demande.

Je suis à votre disposition, mes chers collègues, pour tous les renseignements de détail que vous voudrez bien me demander ; mais, je crois que le rapport que je viens d'avoir l'honneur de vous présenter est assez clair et assez complet pour que chacun puisse être absolument au courant de la marche et de la situation de la Caisse de retraite.

Dr Verdalle,
trésorier.

Pièces annexes.

SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 1905

Bilan

Caisse................	2.086.35	
Obligations du ch. de fer du Midi............	137.780.52	
Obligat. foncières 1883..	44.362.05	
Obligations du ch. de fer d'Orléans............	47.142.25	
Obligations P.-L.-M.....	148.845.23	
Obligations Est	23.300.»»	
Obligations Banque hypothécaire. 1881......	30.829.07	
Obligations Banque hypothécaire, 1880.......	274.936.85	
Rente 3 0/0 amortissable	130.206.55	
A capital.............		839.488.87
	839.488.87	839.488.87

Certifié le bilan ci-dessus, conforme aux écritures du Journal et Grand-Livre, arrêté à l'actif et au passif à la somme de *huit cent trente-neuf mille quatre quatre cent quatre-vingt-huit francs quatre-vingt-sept centimes.*

Capital.

Compte créditeur au 30 sept. 1905...	834.710.22
Le capital a été augmenté au 31 décembre de l'excédent disponible des recettes ordinaires du 30 septembre 1905, soit de la somme de.	4.778.65
Le capital est donc créditeur au 31 décembre de	839.488.87

Rappel du chiffre des cotisations.

Cotisations encaissées du 1er janvier 1884 au 31 décembre 1904........		1.015.295.56
Cotisations encaissées en 1905 du 1er janvier au 30 septembre.........	53.491.85	
Du 30 septembre au 31 décembre............	1.883.50	55.375.35
Total.........		1.070.670.91

Rappel du chiffre des revenus du portefeuille

De 1894 à fin 1904........		294.183.21
En 1905, jusqu'au 30 sept.	23.190.30	
Du 30 sept. au 31 déc....	4.006.50	27.196.80
Total...........		321.380.01

Rappel du chiffre des retraites payées.

De 1894 à fin 1904..................	236.099.10
En 1905...........................	26.199.15
Total	262.298.25

Profits et pertes.

Par frais généraux, pour balance.......................		2.543.85
Par divers, pour moins-values sur les valeurs en portefeuille savoir :		
Obligations Midi, nouvelles...	79.»»	
Rente amortissable..........	458.50	
Obligations Est..............	50.»»	
Obligations Banque hypothécaire 1881................	350.»»	
Obligations Banque hypothécaire 1880	960.»»	1.897.50
Total du débit ..		4.441.35
Excédent disponible des recettes, versé au compte capital.		4.778.65
Egal............		9.220.»»
Par divers, coupons et intérêts :		
Obligations Est...........	360.»»	
Obligations Banque hypothécaire 1881	496.80	
Obligations du Midi........	439.20	
Rente amortissable	982.50	
Obligations Banque hypothécaire 1880	1.728.»»	4.006.50
Par divers pour plus-value sur les valeurs :		
Obligations Midi, anciennes.	990.»»	
Obligations Foncières, 1883.	350.»»	
Obligations Orléans.........	450.»»	

Obligations Paris-Lyon......	1.540.»»	3.330.»»
Par caisse des pensions (sa balance)...................		1.883.50
Egal...........		9.220.»»

Portefeuille au 31 décembre 1905.

220 oblig. du chemin de fer du Midi, anciennes.
79 — — — — nouvelles.
3930 francs de rente 3 0/0 amortissable.
100 oblig. du chemin de fer d'Orléans.
320 — — — Paris-Lyon-Méditer.
50 — — — de l'Est, nouvelles.
69 — de la Banque hypoth. de France, 1881.
480 — — — — 1880.

Situation au 24 mai 1906.

Recettes.

Cotisations...........................	37.178.25
Intérêt des valeurs..................	15.691.79
Subvention de l'Etat................	188.»»
Encaisse au 1er janvier.............	2.086.35
Total...........	55.144.39

Dépenses.

Frais de bureau	174.45
Frais aux banques..................	283.40
Indemnité de voyage (Dr L.).........	100.»»
Retraites à divers....	2.090.»»
Encaisse au 25 mai	52.496.54
Egal...........	55.144.39

Le Trésorier,

Dr H. Verdalle.

Rapports de la Caisse des pensions de retraite avec l'Association générale.

Extrait de la correspondance échangée entre M. Blache, trésorier de l'Association générale, et le Dr Verdalle, trésorier de la caisse des pensions :

En 1905, l'Association a payé les sommes suivantes :

Cotisation du Dr D.....................	200.»»
Augmentation de retraite (Dr D.)........	150.»»
Total.............	350.»»

En 1906, pour la cotisation du Dr C......	188.»»
Report des sommes ci dessus	350.»»
Total.........	538.»»

L'association générale aura donc versé, dans les deux exercices, une somme totale de 888 fr.

D'autre part, la Caisse de retraite a reversé, l'année dernière, à l'Association la somme de 150 francs, pour remboursement des avances faites à Mme veuve L..., pour paiement de ses cotisations ; elle reverse de même cette année la somme de 300 francs pour remboursement des cotisations avancées à Mme veuve S...

La Caisse de retraite aura donc reversé à l'Association générale la somme totale de 450 francs.

Il résulte de ces chiffres que le total net des sommes versées par l'Association générale à la Caisse de retraite pour les deux exercices 1905 et 1906 s'élève à la somme de 388 francs.

Profits et pertes au 30 septembre 1905.

Pertes

Par frais généraux pour balance....	3.813 87
Par Caisse des pensions, sa balance.	239.518 71
Total.....................	243.332 58

Profits.

Par divers comptes, pour plus-value sur les valeurs du portefeuille.....	17.263 50
Par divers comptes pour coupons et intérêts des valeurs du portefeuille	23.190 30
Par divers comptes, leur balance....	3.899 48
Solde ou excédent des dépenses porté en diminution du compte capital..	198.979 30
Total.	243.332 58

Capital au 30 septembre 1905.

Compte créditeur au 1er janvier 1904	1.033.689 52
Le capital a été diminué au 30 septembre 1905, du solde du compte profits et pertes, soit la somme de	198.979 30
Le capital est donc créditeur au 30 septembre 1905, de fr...........	834.710 22

Rapport des Censeurs.

La séance du comité des censeurs est ouverte à 10 h. du matin sous la présidence de M. de Ranse.

Etaient présents : MM. Lugeol (de Bordeaux), Moreau (de Versailles), Baradat (de Betz), Millet et Noir (de Paris), censeurs ; MM. Jeanne, Delefosse et Verdalle, membres du comité directeur.

Excusés : MM. Baronnet (de Paris), Bardy (de Belfort), Hiblot (de Châteaudun).

A la suite de la lecture des lettres d'excuse de ces collègues, il est décidé qu'à l'avenir la réunion des censeurs qui précède l'assemblée générale aura lieu le vendredi à 4 heures (le vendredi qui précède le dimanche jour de l'assemblée générale) et le samedi, s'il y a lieu ; cette réunion se tiendra au « Concours médical », 23, rue de Dunkerque, le comité directeur se réunissant le même vendredi à 2 heures et dans le même local.

Le Dr Verdalle, trésorier, donne verbalement les explications nécessaires pour compléter son rapport imprimé, sur l'état de la caisse au 31 décembre 1905.

Au 31 décembre 1905, le bilan de la caisse est de 839.488 fr. 87.

Après examen des comptes, livres de caisse et valeurs, le comité reconnaît la parfaite exactitude des opérations de l'année écoulée, les approuve et adresse ses sincères félicitations et remerciements au trésorier.

Le comité des censeurs accepte de présenter à l'assemblée générale la motion proposée par le comité directeur. « Le trésorier pourra faire une avance à quelques pensionnés pressés de toucher, après le 1er janvier et avant l'assemblée générale. »

Il accorde aussi le remboursement proposé à deux veuves de confrères, bien que la demande ait été faite tardivement. Cette faveur doit être considérée comme tout à fait exceptionnelle et seulement parce qu'il s'agit de veuves de médecins, la liquidation était définitivement close.

Le secrétaire, Moreau. — *Le président,* De Ranse.

M. le président propose à l'assemblée de voter des remerciements à M. le trésorier et au secrétaire général. (Adopté à l'unanimité.)

L'assemblée générale vote les propositions suivantes :

1° Lorsqu'un retraité (sauf pour le premier paiement) aura besoin de toucher sa retraite avant l'assemblée générale, M. le trésorier est autorisé à la lui régler à partir du 1er janvier.

Elle décide d'accorder le remboursement des sommes versées à Mmes S. et H., veuves de médecins. mais il est bien entendu que c'est à titre tout à fait exceptionnel et qu'il n'y a plus à revenir sur la liquidation qui est définitivement close.

L'assemblée générale approuve les retraites nouvelles qui sont proposées par le comité,

Mme R................	143 fr.
Dr P..................	372 fr.
Dr D..................	221 fr.
Dr B..................	800 fr.
Dr Hi.................	800 fr.
Dr P..................	800 fr.
Dr Hu.................	337 fr.
Dr C..................	800 fr.

Admission des nouveaux membres adhérents.

Renouvellement des retraites anciennes.

M. le Dr R. expose qu'il a adhéré, il y a cinq ans, à la combinaison B. à l'âge de 40 ans ; il a versé à ce moment-là un droit d'entrée de.. ... et a payé, depuis, cinq cotisations de 125 francs. Il demande si, en cessant aujourd'hui ses versements, il aurait droit à une retraite, étant donné que le droit d'entrée payé par lui serait comme équivalent aux cotisations-types de 125 francs qu'il aurait eues à payer de l'âge de 25 à l'âge de 40 ans.

Un membre de l'assemblée fait remarquer que la loi demande quinze années de versement de la cotisation sociale.

L'actuaire, consulté, est d'avis qu'au point de vue du calcul de la pension, le droit d'entrée est équivalent à toutes les cotisations-types qui auraient dû être versées de l'âge de 25 ans à l'âge d'entrée dans la Société ; ce calcul tient compte à la fois des intérêts et des chances de mortalité. Mais, en présence du texte de la loi du 1er avril 1898 qui, dans ses articles 23 et 25, exige que la cotisation sociale ait été versée pendant quinze ans au moins, il paraîtrait douteux d'admettre que le droit d'entrée puisse effectivement tenir la place de plusieurs cotisations. On pourrait laisser au comité directeur la faculté d'autoriser le sociétaire de la combinaison B, ne pouvant acquitter ses cotisations annuelles, à verser des cotisations moins élevées pourvu que leur nombre soit au minimum de quinze.

Il en est ainsi décidé.

Le secrétaire général lit le contrat d'assurance entre l'Association générale et la Caisse.

Le contrat ci-contre est adopté.

Elections.

M. Gassot, vice-président sortant en 1906 est réélu pour cinq ans. M. Lereboullet (remplaçant M. H. Cézilly, démissionnaire, qui sortait en 1906) est réélu pour cinq ans.

Parmi les censeurs :

MM. de Ranse, Bardy et Lugeol (remplaçant M. Saint-Philippe) sont élus pour 3 ans.

Le secrétaire général, Dr Delefosse. *Le président,* Dr Gassot.

Contrat entre l'Association générale des médecins de France et la Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

Entre les soussignés :

1° L'Association générale des médecins de France, représentée par M. Brouardel, président ; Lereboullet, secrétaire général ; Blache, trésorier ;

2° La Caisse des pensions de retraite du corps médical français, représentée par MM. Lande, président ; Delefosse, secrétaire général ; Verdalle, trésorier.

Il a été arrêté et convenu ce qui suit :

L'Association générale des médecins de France voulant, comme le lui permettent les articles 5 et 6 de ses statuts, contribuer au développement des sociétés exclusivement recrutées parmi ses membres et ayant pour objet une œuvre de prévoyance, a décidé, dans son assemblée générale du 15 avril 1901, le rattachement de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

Conformément à cette décision, la Caisse des pensions de retraite, qui avait accepté l'entente avec l'Association générale dans son assemblée générale de 1901, aux mêmes conditions que celles conclues entre cette dernière et l'Association amicale, a inséré dans ses statuts une clause nouvelle affirmant qu'elle ne se recruterait désormais que parmi les médecins ayant, au préalable, adhéré à l'une des Sociétés locales agrégées à l'Association générale.

De son côté, l'Association générale, qui doit aide et assistance à tous ses membres, s'est engagée à rechercher les moyens qui lui permettraient d'encourager la prévoyance, en évitant, à tous ceux qui se sont inscrits à la Caisse des pensions de retraite, les retards dans l'époque de la liquidation de leur retraite ou dans la proportionnalité de cette retraite si tous les versements exigés par les statuts n'ont pas été effectués à l'époque de cette liquidation.

Le 7 mai 1905, l'Assemblée générale de l'Association a décidé qu'une somme serait votée, chaque année, en vue de contribuer, par des allocations aux membres de la Caisse des pensions de retraite, aux sacrifices qu'ils ont volontairement consentis en vue de faire acte de prévoyance.

Pour affirmer et confirmer ces résolutions, les soussignés décident que le contrat suivant sera établi entre l'Association générale et la Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

Article premier.

La Caisse des pensions de retraite du corps médical français s'engage, pour une période de dix années, qui se continuera d'année en année, sauf dénonciation signifiée, un an à l'avance, par une des parties contractantes, à ne rien modifier aux articles 8 et 21 de ses statuts, lesquels exigent que tous ses membres appartiennent à l'Association générale des médecins de France et à ce qu'un membre du Conseil général de l'Association fasse partie de son Comité directeur.

Art. 2.

De son côté, l'Association générale s'engage à

inscrire, chaque année, à un compte spécial, une somme qui sera votée par l'Assemblée générale, en faveur des membres de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

Art. 3.

Les allocations seront réparties par le Conseil général sur la proposition d'une commission mixte élue par les deux Associations contractantes.

Les allocations se feront, chaque année, en deux fois, à la fin de chaque semestre (en juin et en décembre). Les noms des membres de l'Association générale qui auront ainsi bénéficié des subventions du compte spécial ne seront pas publiés.

Art. 4.

Les membres de la Caisse des retraites ont les mêmes droits que les membres de l'A. G. au point de vue des pensions viagères et des autres secours que distribue l'A. G.

Art. 5.

En aucun cas, le trésorier de l'A. G. ne sera tenu de répondre aux demandes qui lui seront adressées, si l'état financier du compte spécial destiné à la prévoyance ne le lui permet pas. Par contre, les sommes qui ne seraient pas employées seront reportées à l'exercice suivant.

Art. 6.

Le dit contrat ne sera définitif qu'après avoir été approuvé par l'Assemblée générale des membres composant les deux Associations contractantes.

Art. 7.

Il ne pourra être modifié qu'après entente entre l'Association générale et la Caisse des pensions de retraite, et conformément à un vote des assemblées générales des deux Associations.

Fait en double, à Paris, le 9 novembre 1905.

LA SEMAINE MÉDICALE

Stomatite iodique

M. le Dr Galippe rapporte, dans la *Revue de Stomatologie* du Dr Cruet, l'observation très intéressante suivante :

« Un de mes malades se présente tout récemment à ma consultation, se plaignant d'accidents inflammatoires violents et douloureux affectant la muqueuse buccale, les gencives, les dents et la langue. Je constate une rougeur très vive de la muqueuse buccale, de la gingivite, de la périostite accusée surtout, au niveau des incisives inférieures. La langue est d'un rouge écarlate, luisante, dépourvue d'épithélium. Il y a de la salivation. Les ganglions de la région sous-maxillaire ne sont ni augmentés de volume, ni douloureux.

« L'idée d'une intoxication me vient immédiatement à l'esprit et, après interrogatoire, j'apprends que mon malade absorbait une préparation iodée. La cessation de l'administration du médicament amena une détente dans les accidents inflammatoires et douloureux, mais la langue resta encore rouge. L'épithélium se reforma par îlots qui se rejoignent et se confondent.

« Ainsi que c'est la règle, nous voyons une intoxication médicamenteuse modifier la composition de la salive et, en fournissant des éléments à une pullulation microbienne intensive, favoriser le développement des accidents infectieux et inflammatoires en transformant une stomato-gingivite banale en manifestations aiguës. Certaines personnes sont très sensibles aux préparations iodées et j'ai vu se dérouler sous mes yeux une véritable intoxication iodée avec 0,20 centigrammes d'iodure de potassium. »

Les déplacements traumatiques du semi-lunaire.

Rappelons que le semi-lunaire est un petit os du carpe, le 2e os de la première rangée, entre le scaphoïde et le pyramidal.

M. le Dr Tavernier, de Lyon, vient de faire sur les déplacements traumatiques de cet os une communication très documentée à la *Société de Chirurgie* de Lyon.

Les symptômes de la luxation du semi-lunaire sont : douleurs, gonflement, pas de déformation ou léger dos de fourchette carpien, impotence du poignet et des doigts à peu près immobilisés en demi-flexion, raccourcissement de la hauteur du poignet, épaississement antéro-postérieur avec saillie perceptible du semi-lunaire sur la face antérieure du poignet, troubles de compression du nerf médian et du cubital. Grâce à la radiographie, on peut faire le diagnostic de la variété anatomique de cette luxation.

« On doit prendre des clichés de face et de profil ; ce dernier surtout est indispensable.

« Le pronostic des cas non traités n'est pas aussi constamment mauvais qu'on l'a dit jusqu'ici : ce sont les mauvais cas qui s'offrent à l'observation des chirurgiens, les bons résultats ne reviennent pas se montrer. Aussi, en revoyant méthodiquement tous les cas parvenus à notre connaissance, nous avons trouvé quelques très bons résultats : deux blessés jouissent d'un fonctionnement presque normal de leur poignet après une longue impotence (6 à 12 mois.)

« Néanmoins, c'est là l'exception ; le plus souvent l'incapacité du blessé est définitive par raideur du poignet, douleurs dans les efforts, gêne des mouvements des doigts, et troubles nerveux, dont le degré le plus accentué est représenté par la griffe cubitale complète. C'est au bout d'un an environ que le résultat acquis est définitif et ne se modifie plus guère.

« Pourquoi cette différence de résultats éloignés ? Il est bien difficile de le préciser : la jeunesse et la bonne volonté du malade nous paraissent les principaux facteurs de bénignité. Nous croyons aussi qu'il ne faut pas abuser du massage précoce et que certains blessés non réduits ont bénéficié d'une longue immobilisation.

PATRONAGE MÉDICAL

BUT DE LA SOCIÉTÉ

Le **Patronage Médical** est une société civile en commandite.

La Société ne fait aucun acte commercial ; elle acquiert des actions, des titres divers de sociétés d'eaux minérales, d'établissements médicaux, etc. Les adhérents ne sont engagés que jusqu'à concurrence de la somme souscrite par eux.

Ils sont donc co-propriétaires de valeurs indivises au même titre que les nombreux et riches confrères, qui sont porteurs d'actions ou titres divers de sociétés comme Vichy, Châtel-Guyon, etc. Et de même qu'eux, ils recommandent ces eaux et établissements à leurs clients et amis, parce que la Société ne s'y est intéressée qu'après avoir constaté la preuve de leur valeur thérapeutique.

Les parts du Patronage Médical sont cédées au prix de 50 francs et donnent droit à :

1° La perception d'un dividende annuel, pour chaque part, dividende fixé par l'Assemblée Générale ;

2° La jouissance d'une pension viagère proportionnelle aux ressources de la caisse, pension fixée également chaque année par l'Assemblée Générale lorsque le titulaire aura réuni ces TROIS CONDITIONS : cinquante ans d'âge, dix années de participation au « Patronage » et abonnement permanent au journal *Le Concours médical* qui est l'organe de la Société ; (la retraite sera égale pour tous quelque soit le nombre de parts souscrites).

3° Enfin, pour la veuve ou les enfants mineurs, si le titulaire vient à mourir : *dès maintenant et après une année de participation*, une allocation de 300 francs, prélevée sur un fonds spécial dû à la générosité des premiers bienfaiteurs ; *plus tard et après 10 ans de participation* — dès que la chose sera possible —, une pension annuelle dont le montant sera déterminé par l'Assemblée Générale.

Pour les deux premiers exercices, les parts ont reçu un dividende de 7 °/₀.

AVIS

Les certificats de propriété sont envoyés deux mois environ après le paiement de la souscription. Ces titres ne comportent pas de coupons, les dividendes afférents à chaque exercice sont envoyés par mandats-cartes payés au domicile de chaque sociétaire.

Les adhésions reçues après le 1er octobre ne participent pas au dividende de l'année.

Société civile « LE PATRONAGE MÉDICAL »

23, rue de Dunkerque, Paris (10e).

BULLETIN D'ADHÉSION

*Je soussigné (nom et prénoms)*________________

*Médecin à*________________*Département de*________________

*né le*________________*à*________________*Département*________________

déclare adhérer au « **Patronage Médical** » *et prie M. le Dr* MAURAT, *gérant de la Société, de me transférer*________________*parts au prix de cinquante francs l'une.*

(*a*) 1° *Je joins à cette adhésion la somme de* ________________

2° *Je l'autorise à faire toucher la somme de*________________

représentant le montant de ma participation

________________*le*________________

(SIGNATURE)

(*a*) Prière de rayer le mode de paiement qui ne convient pas.

Envoyer ce bulletin au siège de la Société, 23, rue de Dunkerque, Paris

« Ce pronostic, malgré tout assez sombre, justifie un traitement actif.

« Dans les cas récents, ce devra être la réduction; c'est à tort que les chirurgiens parisiens semblent la considérer comme difficile à obtenir et donnant des résultats médiocres. Au début, la réduction est facile ; on peut espérer l'obtenir pendant un mois au moins, quelquefois plus, témoin le cas récent présenté à la Société par M. Escot : réduction après 57 jours ; mais elle n'est alors réalisée qu'au prix de manœuvres violentes et pénibles. Lorsqu'elle a été précoce, elle aboutit à la *restitutio ad integrum*, mais seulement après une assez longue période d'impotence relative (plusieurs mois). Le manuel opératoire de la réduction est le suivant : traction sur la main, extension dorsale forcée, pression directe sur la saillie antérieure du semi-lunaire, puis la main est ramenée brusquement en flexion.

« Dans les cas anciens, dont le résultat est mauvais, et dans les cas précocement irréductibles par rotation exagérée de l'os luxé, trois opérations ont été pratiquées : la reposition sanglante, l'ablation du ou des os luxés et la résection du poignet.

« La reposition sanglante n'a été que rarement pratiquée (trois cas), elle n'a pas donné jusqu'ici de bons résultats ; nous croyons qu'on doit la réserver aux cas récents précocement irréductibles.

« L'extirpation du semi-lunaire seul, ou avec le fragment attenant du scaphoïde, si cet os est brisé, est l'opération qui a été le plus communément employée en dehors de la région lyonnaise. Nous en avons retrouvé plus de 40 observations. Ses résultats sont bons, elle est l'opération de choix dans la plupart des cas anciens.

« La résection totale du carpe a été pratiquée uniquement par notre maître, M. Vallas, qui eut affaire surtout à des cas anciens et très mauvais. Les résultats de ces cinq cas montrent qu'elle est susceptible de donner de splendides résultats, à condition d'être complète, et de ne pas essayer de conserver le trapèze dans l'espoir d'améliorer les mouvements du pouce. Elle est indiquée dans les cas graves où l'ankylose du poignet est totale, cas où l'ablation du semi lunaire ne saurait être de mise ; enfin elle reste une ressource précieuse en cas d'échec d'une des opérations précédentes. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le professeur ROBIN.

Traitement de la lithiase biliaire.

J'ai l'habitude, dans chacune de mes leçons, d'instituer d'abord un schéma général de traitement et d'aborder ensuite ses applications aux cas particuliers. Pour la lithiase biliaire, dont je vais m'occuper aujourd'hui, il me faudra non pas un, mais plusieurs schémas, relatifs à la lithiase elle-même et aux accidents qu'elle provoque. Ces schémas sont les suivants :

a) Schéma thérapeutique anti-lithiasique ;

b) Schéma thérapeutique de la migration normale des calculs ;

c) Schéma thérapeutique de l'obstruction biliaire ;

d) Schéma thérapeutique des migrations anormale des calculs.

Le premier schéma thérapeutique s'adresse à l'état morbide créateur de la lithiase. Ici, comme toujours d'ailleurs, on se heurte à la théorie. On a expliqué la production des calculs par trois modes pathogéniques: l'infection des voies biliaires, les troubles de la nutrition générale, les causes simplement mécaniques. La théorie infectieuse conduit à la thérapeutique antiseptique, qui donne des résultats nuls. La théorie nutritive met en jeu l'arthritisme et la dyscrasie acide ; elle non plus n'aboutit pas à une médication bien efficace. Quant à la théorie mécanique, elle invoque avec raison la stagnation de la bile, mais ce n'est pas encore cet élément morbide qui nous fournira une base véritable de traitement. La pathogénie est, en résumé, trop incertaine pour dominer la thérapeutique. Le seul fait précis qu'elle nous apporte est l'importance de la stase biliaire; il faut, en conséquence, éliminer toutes les causes de stase, et, pour cela, rendre la bile plus abondante, par une alimentation appropriée, par des médicaments cholagogues et par des cures hydro-minérales que l'expérience a sanctionnées.

Le deuxième schéma général concerne la migration normale des calculs. Il est des cas où le médecin doit provoquer cette migration. Une telle pratique est avantageuse, lorsqu'il s'agit de petits calculs lorsque l'on trouve dans les gardes-robes de la poussière, de la gravelle biliaire. Dans d'autres circonstances, au contraire, lorsque les calculs sont volumineux (ce que l'on reconnaît quelquefois en palpant la vésicule), le médecin doit éviter cette migration. On recommandera, dans ce cas, une alimentation restrictive de la bile, les médicaments anti-cholagogues et l'éloignement des conditions qui favorisent la mise en marche des calculs. On conseillera le repos, le régime lacté à petites doses ; on déconseillera les purgatifs : c'est la médication sédative, opposée à la médication excitante. Le traitement de la colique hépatique, qu'elle soit spontanée ou provoquée dans un but curatif, rentre également dans le deuxième schéma : ici, l'indication est de calmer la douleur *sans retarder l'expulsion*, sans arrêter la contraction expulsive.

Le troisième schéma thérapeutique est celui de l'obstruction biliaire. Contre cette dernière, nous disposons de deux méthodes : l'une, médicale, par laquelle on doit toujours commencer, consiste en l'administration de cholagogues, destinés à pousser par la *vis a tergo* le calcul engagé dans le cholédoque ; l'autre, chirurgicale, indiquée si le traitement médical est impuissant.

L'obstruction biliaire peut provoquer des accidents. Généralement, ceux-ci s'atténuent, dès que

le calcul est expulsé. Quelquefois, néanmoins, il reste des résidus, justiciables, tantôt de la cure médicale, tantôt de la cure chirurgicale.

A l'ictère chronique, on opposera les cholagogues ; à l'angio-cholite simple, les cholagogues encore ; à l'angio-cholite suppurée, l'intervention chirurgicale.

S'il y a cirrhose, la thérapeutique se basera sur l'état des fonctions hépatiques : sont-elles exagérées, on s'adressera aux anti-cholagogues ; dans le cas contraire, on aura recours aux cholagogues, aux excitants de la sécrétion biliaire.

Il est enfin des indications spéciales pour les infections et les états fébriles.

Le quatrième schéma se rapporte aux migrations anormales des calculs.

La migration des calculs dans le péritoine (péritonite calculeuse) réclame l'intervention opératoire.

La fistule biliaire a pour traitement classique l'opération. Je ne repousse pas l'opération, mais je crois que, si elle est prônée d'une manière aussi absolue, c'est qu'on ne connaît pas assez les bienfaits du traitement médical. Grâce à ce dernier, je suis arrivé à guérir la grande majorité des fistules qu'il m'a été donné de voir. Un mot au sujet d'une observation récente. Je voyais dernièrement, avec M. Blondel, un malade roumain atteint d'une fistule biliaire consécutive à une cholécystotomie. Le patient, très émacié, était obligé de se garnir d'appareils pour se protéger et recueillir la bile sortant de sa fistule. Il évaluait l'écoulement biliaire à un litre environ par jour. Il était venu à Paris avec l'idée de se faire opérer D'accord avec M. Blondel, j'essayai le traitement médical, les médicaments anti-cholagogues et l'alimentation restrictive de la bile. Je conseillai le lait, par petites quantités, une tasse toutes les demi-heures, de façon à éviter l'excitation réflexe des fonctions hépatiques que produit l'ingestion, en une fois, d'une grande quantité de lait. Sous l'influence de cette médication, la bile a commencé à diminuer et, au bout de 10 à 15 jours, la fistule était fermée. Je vois encore l'étonnement de M. Terrier qui ne pensait pas que les simples moyens médicaux pouvaient guérir une semblable lésion.

La migration des calculs dans l'intestin ne cause souvent aucun trouble. J'ai vu une dame rejeter, sans dommage, par voie anale, un calcul de la grosseur d'un œuf de pigeon D'autres fois, il se produit de l'obstruction intestinale.

Pour ce qui est des cholécystites, on s'inspirera des circonstances. Il peut être utile de provoquer la cholécystite. Il existe, en effet, des cholécystites chroniques, oblitérantes, qui constituent un mode de guérison de la lithiase biliaire : on aura avantage à aider, sinon à provoquer, ces cholécystites oblitérantes. La plupart du temps, il est vrai, les cholécystites doivent être combattues et relèvent, surtout quand elles arrivent à suppuration, de l'intervention chirurgicale.

Telle est, dans ses lignes générales, la thérapeutique de la lithiase biliaire. Comme vous le voyez, elle touche à la thérapeutique hépatique tout entière ; elle oscille autour de deux modes principaux de traitement qui sont : la médication cholagogue, stimulante de la sécrétion biliaire, et la médication anti-cholagogue, restrictive de la sécrétion biliaire.

Il me reste à vous montrer comment on applique ces données, en pratique. Je ne puis, bien entendu, envisager toutes les éventualités de la clinique. Je me bornerai, aujourd'hui, à vous exposer le traitement d'un cas de lithiase biliaire que nous avons actuellement dans le service.

Au numéro 21 *bis* de la salle Axenfeld est couchée une jeune femme de 22 ans, domestique, qui vient pour la seconde fois à l'hôpital. Le 23 novembre dernier, étant en parfaite santé, elle fut prise d'un accès typique de coliques hépatiques. Trois heures après le repas, elle ressentit une douleur subite, violente, siégeant à l'hypochondre droit et irradiée à l'épaule. En même temps, une douleur stomacale et des vomissements apparurent, accompagnés d'état nerveux et de lipothymies. A l'examen, le foie était très douloureux. Quel traitement avons-nous fait, chez cette jeune femme ? Nous avons prescrit, d'abord, la diète hydrique : en raison des vomissements, il n'y avait pas à discuter l'alimentation. L'indication fondamentale était de calmer les douleurs. Si vous ouvrez vos traités classiques, vous y voyez : « contre la colique hépatique, pratiquer une injection de morphine. » Certes, vous calmez ainsi instantanément les souffrances. Mais, j'ai observé maints exemples où une piqûre de morphine, même à dose modérée (et il faut bien au moins 1 centigr. pour soulager une colique hépatique), a provoqué un arrêt dans la migration du calcul, ce qui est contraire au principe que je vous ai énoncé. On réservera donc l'injection de morphine aux cas extrêmement douloureux, aux cas (exceptionnels, puisque, dans ma pratique, je n'en ai pas rencontré plus de 3 ou 4) dans lesquels la médication dont je vais parler maintenant reste insuffisante.

Dès que vous êtes en présence d'un malade atteint de colique hépatique, faites prendre la préparation suivante, une cuillerée à soupe toutes les demi-heures, jusqu'à sédation :

Bromure de potassium.....	6 gr.
Extrait aqueux de belladone	0 gr. 10
Chlorhydrate de morphine.	0 gr 05
Eau de laurier-cerise.......	10 gr.
Sirop d'éther..............	30 gr.
Hydrolat de valériane......	110 gr.

Dans cette potion complexe, le bromure, la belladone, la valériane et l'éther ont pour but de diminuer le spasme qui empêche la progression du calcul — et la douleur est due en grande partie à ce spasme. La morphine a pour but d'amoindrir la réceptivité des centres nerveux à la douleur. Ici, je demande à la morphine une action relativement lente et non l'effet brutal de l'injection : d'ailleurs, en général, 3 à 4 cuillerées de cette préparation suffisent pour calmer la colique.

En outre, je fais appliquer sur la région hépatique un carré de flanelle imbibé de :

Baume tranquille.......	40 gr.
Extrait de belladone.....	āā 10 gr.
Extrait de jusquiame....	āā 10 gr.
Extrait thébaïque........	āā 10 gr.
Chloroforme..............	āā 10 gr.

Enfin, il est bon de prescrire un lavement évacuateur, pour vider l'intestin — ces malades étant ordinairement constipés.

Tel est le traitement de la colique simple; mais, il est des cas plus complexes, où il y a des vomis-

sements, des crises gastriques violentes, de véritables crises d'hyperchlorhydrie, de l'agitation nerveuse, un état syncopal.

Les crises gastriques hyperchlorhydriques seront amendées au moyen de poudres saturantes alcalines. Les vomissements, dus souvent à la même cause, seront aussi, de ce fait, arrêtés. Ce n'est que, s'il s'agit de vomissements réflexes, non hyperchlorhydriques, qu'il faudra s'adresser à d'autres agents médicamenteux, à la mixture, à la picrotoxine en particulier.

La potion antispasmodique, formulée contre la colique, soulagera l'agitation nerveuse. Si celle-ci est excessive, on donnera un grand bain tiède, d'une demi-heure à trois quarts d'heure de durée, en réchauffant l'eau au fur et à mesure qu'elle se refroidit.

Les lipothymies seront, elles également, calmées par la potion, qui contient de l'éther. Vous y joindrez, au besoin, l'inhalation de quelques gouttes d'éther, sur un mouchoir.

Tel fut le traitement que nous avons mis en œuvre chez notre malade. Le lendemain matin, elle ne souffrait plus. Tout n'était pas fini cependant. La patiente était jaune, ictérique. L'urine était mélangée de bile, le foie gros, très douloureux. La température s'élevait au-delà de 38°, atteignait 38°6 le soir, 38°9 le jour suivant. On distingue, je vous le rappelle, deux espèces de fièvres au moment de l'attaque de colique hépatique : l'une, désignée sous le nom de fièvre hépatalgique, est attribuée aux spasmes, à la rétention des calculs, etc. ; l'autre est d'ordre infectieux. Il est difficile, au début, d'établir un diagnostic différentiel entre les deux. Généralement, quand l'hyperthermie est satellite de la colique, on a des chances pour qu'il s'agisse d'une fièvre hépatalgique. D'ailleurs, quelle que soit la variété de fièvre, le traitement est semblable et a pour base les cholagogues. Vous verrez fréquemment recommander, en pareil cas, le lait, c'est-à-dire l'aliment le plus anti-cholagogue qui existe. J'ai, à maintes reprises, protesté contre une telle manière de faire. Je donne, non du lait, mais du bouillon, qui est légèrement cholagogue. Je n'ai recours au lait que si le patient ne supporte pas le bouillon. On prescrira donc le bouillon, les boissons chaudes, et deux grands lavements chauds par jour.

La jeune malade dont je vous entretiens a suivi ce régime. Chez elle, nous nous sommes bien gardés des médicaments antipyrétiques. Nous lui avons prescrit des cholagogues : chaque jour une tasse d'infusion de feuilles de boldo (2 gr.) prise avec deux perles d'éther, et 3 verres d'un liquide préparé avec le mélange suivant :

Bicarbonate de soude........		10 gr.
Sulfate de soude desséché....	ââ	3 gr.
Phosphate de soude desséché.		
Benzoate de soude..........		1 gr.

dans un paquet, à faire dissoudre dans un litre d'eau.

Sous l'influence de cette médication, la fièvre est tombée vers le 5e ou 6e jour, les selles se sont recolorées après une semaine, et l'ictère a disparu le 15e ou 16e jour.

Ce matin, la malade est revenue nous trouver. Elle avait une deuxième crise, légère, de coliques hépatiques, et elle nous demandait de lui donner un « remède », pour éviter le retour de ces crises.

Existe-t-il un traitement préventif de la lithiase biliaire et des coliques hépatiques ?

On a fait grand bruit, jadis, autour de la médication lithontriptique. Il ne faut pas s'illusionner, cette médication n'existe pas. Le remède de Durante, la cure de Bouchardat au savon amygdalin, l'huile de Harlem, sont d'excellents traitements, mais ils n'agissent pas comme dissolvants des calculs. Mettez, en effet, un calcul dans un verre avec ces médicaments et vous verrez que le calcul ne diminue pas de volume : à plus forte raison, en est-il ainsi dans l'organisme. Néanmoins, les agents en question, l'éther, la térébenthine, l'huile de Harlem sont utiles, en raison de leurs propriétés cholagogues.

Pour prévenir le retour des crises, la thérapeutique met en œuvre une hygiène, une médication et un régime particuliers.

L'hygiène comprend de l'exercice, sans fatigue, la liberté des vêtements (suppression du corset), les frictions douces le matin, le massage par effleurage.

L'alimentation sera modérée comme quantité. On recommandera les végétaux de préférence aux viandes. On introduira dans le régime certains aliments (les raves, navets, carottes, pissenlit, cresson, pomme de terre) que l'expérience — l'empirisme, si vous voulez — a reconnus avantageux. On donnera peu de corps gras, pas d'œufs (à cause de la cholestérine) et l'on surveillera de près les fonctions stomacales et intestinales. Le malade évitera la constipation ; il se servira de laxatifs cholagogues, tels que l'évonymine, l'aloës, la gomme gutte, ou mieux encore les pilules bleues du Codex (une ou deux le soir), dont l'usage est si répandu dans les pays anglo-saxons.

Il faut superposer à cela une médication, qui aura pour bases : la solution de sulfate-phosphate-benzoate de soude dont je vous donnais tout à l'heure la formule, les alcalins à petites doses (Vichy, Vals), la tisane de Boldo, et enfin un médicament qui m'a procuré de bons résultats, le *Combretum Rambolzi*. C'est une plante mexicaine avec laquelle on prépare un extrait fluide, que l'on emploie à la dose très variable de 10 gouttes à une cuillerée à café,

Reste, enfin, la cure hydro-minérale, le traitement à Vichy. Ses résultats sont remarquables et il s'impose chaque fois que le malade peut le faire.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Les corps étrangers de l'urèthre.

Il n'est pas rare que des corps étrangers puissent être enclavés accidentellement dans l'urèthre, et c'est là une question qui mérite d'attirer l'attention des praticiens. Souvent, en effet, les malades qui viendront les consulter pour un accident de ce genre, accuseront de vives douleurs, et il sera nécessaire d'intervenir aussitôt.

Généralement les patients se plaignent de gêne dans la miction : l'urine ne peut trouver une issue au travers de l'urèthre, ou bien elle s'écoule goutte à goutte ; la pression du canal réveille de vives douleurs ; souvent, l'urine est mélangée de sang ; il est impossible de pratiquer le cathétéris-

me. Si le patient se sonde lui-même habituellement, on peut penser à un fragment de sonde brisée, qui serait resté dans le canal; cependant, l'hémorrhagie est quelquefois due aussi à un calcul, qui, repoussé en arrière par un cathétérisme antérieur, a blessé la muqueuse.

Les corps étrangers de l'urèthre se divisent en effet en deux catégories : ce sont des calculs, formés dans le rein, la vessie ou la prostate, qui pendant la miction sont enclavés en quelque point du canal. Ce sont aussi des corps étrangers, introduits par le méat urinaire, qui ne peuvent plus être extraits (corps étrangers introduits par des pratiques d'onanisme, fait particulièrement fréquent chez la femme — corps étrangers introduits par des tiers dans un but criminel — instruments brisés dans le cathétérisme malheureux).

Le diagnostic est très simple ; il est facilité par les anamnestiques, et d'ailleurs l'exploration digitale de l'urèthre lève tous les doutes dans la plupart des cas.

Si le corps étranger s'est enclavé brusquement dans le canal, les troubles fonctionnels seront ordinairement si marqués qu'il deviendra nécessaire d'intervenir aussitôt : ce serait une grosse faute d'attendre l'élimination spontanée. On cherchera d'abord par tous les moyens possibles d'extraire le corps étranger par les voies naturelles ; en cas d'insuccès, il faudra pratiquer l'uréthrotomie.

En ce qui concerne le premier procédé, il faut éviter à tout prix de repousser le corps du délit en arrière, et surtout dans la vessie; aussi quand celui-ci se trouve encore dans la partie caverneuse de l'urèthre, est-il bon de pincer le pénis entre le pouce et l'index, en arrière du corps étranger, afin d'éviter cet accident. Dans le cas où déjà il est plus profondément situé, on le fixe par un doigt introduit dans le rectum. Parfois il arrive de pouvoir l'extraire par de simples pressions exercées d'arrière en avant ; mais si ce procédé ne réussit pas, on cherche à le saisir au moyen d'une pince introduite par le méat urinaire. Pour les corps peu volumineux, une fine pince à forcipressure suffit très bien. On l'introduit fermée jusqu'au niveau du corps étranger ; puis on ouvre ses branches en la poussant aussi loin que possible. En cas de volume exagéré du corps, on emploie les pinces uréthrales de Collin, ou bien des curettes mousses ; mais, au moment de la préhension, celles-ci peuvent glisser sur la surface dure du corps étranger.

Dans un cas rapporté par le Dr Bogdanick (*Wien. Med. Wochens.* 1906), une curette auriculaire à long manche a rendu les plus grands services. Chez un jeune homme de 24 ans, présentant des troubles de la miction, on sentit, au niveau de la portion membraneuse, un corps étranger fortement enclavé. On ne pouvait ni le faire progresser, ni le mobiliser au moyen de diverses pinces urétrales. C'est alors que l'auteur introduisit dans le canal une curette auriculaire à long manche ; il fixa le corps étranger avec les doigts de la main gauche afin d'éviter son recul, puis glissa la curette par-dessus l'obstacle, qu'il extirpa en le faisant glisser et en soutenant son action avec la main gauche : c'était un calcul vésical elliptique à surface rugueuse mesurant 18 millimètres de longueur et 9 millimètres de diamètre.

Depuis lors, Bogdanick a employé souvent ce genre de curette, et il s'en est toujours bien trouvé; parfois, il est arrivé que curette et corps étranger restaient fixés dans la fossette naviculaire, mais une petite incision faite dans le gland suffisait à les libérer.

Il est cependant recommandé de ne pas exercer de fortes tractions, pour ne pas déchirer la muqueuse sur une longue étendue. Si une extraction douce est impossible, il est indiqué de recourir à la méthode sanglante : sous l'anesthésie locale à la cocaïne, on pratique sur la face inférieure du pénis une petite incision longitudinale qui mène sur le corps étranger, et dans ces conditions celui-ci se laisse facilement extraire. On fait ensuite des sutures par étages, après avoir introduit une bougie dans le canal de l'urèthre.

Quand des objets allongés, pointus, comme des aiguilles, par exemple, avec une extrémité mousse, ont été introduits dans le canal (onanisme, but criminel), il faut recourir à un autre procédé. Si la pointe de l'aiguille se laisse saisir par une pince introduite dans l'urèthre, l'extraction est simple. Quand la chose est impossible, ou quand la pointe de l'aiguille s'est enfoncée dans la paroi, on doit avant tout éviter qu'elle ne progresse davantage : pour cela, les doigts d'une main écrasent le canal en arrière de celle-ci. Ensuite, les doigts de l'autre main exercent des pressions sur l'aiguille, jusqu'à ce qu'elle traverse la peau de sa pointe. Celle-ci est alors saisie entre les mors d'une pince, qui dirige l'extrémité mousse de l'aiguille vers le méat urinaire, et la repousse de ce côté pour la faire apparaître par cet orifice : à ce moment l'aiguille se laisse facilement extirper.

Le valyl contre les bourdonnements d'oreilles.

Dans ces dernières années, la science a fait beaucoup de progrès dans le traitement des suppurations de l'oreille : il n'en est malheureusement pas de même en ce qui concerne la surdité chronique progressive. Cette affection est due le plus souvent à une otosclérose : mais le symptôme le plus important déterminé par cette lésion n'est pas la surdité ; il réside dans ces bourdonnements d'oreille, qui sont pour les malades un véritable martyre.

De nombreux traitements ont été essayés, sans succès d'ailleurs, pour guérir cette infirmité. Or le Dr Knopf (*Therap. Monatsch.*, février 1906), ayant remarqué l'efficacité du valyl dans différentes affections du système nerveux, eut l'idée d'expérimenter le médicament contre les bourdonnements d'oreilles. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé.

Le valyl (valérianate diéthylamide) semble être le meilleur remède connu contre les bourdonnements d'oreilles symptomatiques. On le prescrit à la dose de 3 à 9 capsules (à 0 gr. 125) par jour.

Ce médicament possède une action rapide ou nulle. Si, au bout de huit jours, il n'a donné aucun résultat, il est inutile de continuer à l'administrer.

Le traitement des suppurations aiguës et chroniques par le phénol camphré.

Les publications actuelles nous font connaître les résultats brillants obtenus grâce à la méthode de Bier dans le traitement des suppurations aiguës et chroniques. L'hyperémie artificielle semble donc une méthode de choix, mais il est recommandé de l'employer dans les cas seulement où les circonstances permettent d'exercer sur le blessé une surveillance assidue, et de pouvoir compter sur des aides bien stylés. Or, ce n'est pas toujours le cas, pour le praticien de campagne plus particulièrement. Il serait donc à souhaiter qu'un procédé qui fût plus à la portée de tous, dont l'application exigeât une surveillance médicale moins suivie, permît néanmoins d'obtenir d'excellents et de rapides résultats dans le traitement des suppurations.

En 1905 déjà, Chlumsky préconisait un mélange d'acide phénique pur et de camphre lorsqu'il avait à traiter des plaies infectées de toute sorte, des furoncles, panaris, phlegmons au début, fistules même tuberculeuses, lymphangites, érysipèles, etc. Il commença par employer les deux composés dans un mélange à proportions égales, puis dans le rapport de 1/2 avec addition d'une petite quantité d'alcool. Il obtint ainsi un liquide clair, huileux, nullement caustique, soluble difficilement dans l'eau, facilement dans l'alcool, moins soluble dans l'éther et le chloroforme. Ce mélange avait perdu l'odeur de l'acide phénique pour prendre celle du camphre ; il devait être conservé dans des flacons en verre foncé. Quant à son action, Chlumsky expliquait que le camphre du mélange était le composé qui se volatilisait le plus rapidement: les petites quantités d'acide phénique devenues libres dans ces conditions exerçaient une action bactéricide. Une action caustique ne se produisait pas, puisque l'excédent d'acide phénique était très faible.

Le mode d'emploi consistait en des attouchements fréquents des parties malades au moyen du mélange ; si la région atteinte était assez étendue, on faisait ensuite un pansement humide. Dans les abcès incisés, dans les plaies infectées on versait une petite quantité de cette mixture. Les résultats obtenus étaient excellents.

En Amérique, à Chicago notamment, le Professeur Wiener employait volontiers pareilles solutions concentrées, en petites quantités il est vrai, dans le traitement des fistules tuberculeuses et des affections articulaires. Cette méthode, entourée des précautions nécessaires n'offrait aucun danger.

Enfin, tout récemment, le Dr Ehrlich (*Münch. Med. Woch·ns*, 1906, n° 11) expérimenta le procédé. Après avoir essayé des dilutions d'acide phénique à des titres plus faibles, il se rendit compte que c'était la formule de Chlumsky, qui donnait les meilleurs résultats. Elle était la suivante :

Acide phénique très pur...	30 grammes.
Camphre trituré...........	60 grammes.
Alcool....................	10 grammes.

Ehrlich apporta quelques modifications au mode d'emploi ; au pansement humide de Chlumsky il préféra le pansement humide sans imperméable, dont l'action était plus rapide : il ne verse pas le phénol camphré dans les abcès, mais y introduisit simplement un tampon imbibé du mélange. Enfin il eut l'occasion de badigeonner des cas récents d'érysipèles et quelques fissures anales. Les résultats obtenus furent toujours excellents.

L'auteur remarqua surtout la régression rapide des manifestations inflammatoires, dans les cas aigus : celle-ci se produisait parfois en quelques heures. Une suppuration au début restait toujours localisée au point infecté et par suite ne nécessitait qu'une petite incision. Des articulations, qui, voisines d'un foyer d'inflammation aiguë ou de suppuration, n'avaient que des mouvements très limités et douloureux, pouvaient souvent au bout de 24 heures être largement mobilisées sans aucune douleur. Il devenait inutile d'immobiliser dans une gouttière un membre malade : celui-ci était, une ou deux fois par jour, traité suivant le mode indiqué ci-dessous.

La région malade était entourée d'une compresse, plusieurs fois repliée sur elle-même, qu'on avait imbibée de phénol camphré ; par-dessus, on mettait une couche de coton sec stérilisé; une bande peu serrée maintenait le tout en place.

Ainsi qu'il a été dit, la rougeur et l'inflammation disparaissaient rapidement après un ou plusieurs pansements : le pus, s'il en existait, s'était collecté en un seul point. La collection était incisée par une petite ponction, puis le pus soigneusement évacué, la plaie était maintenue béante au moyen d'un tampon imbibé du mélange, qu'on introduisait sans pression. L'incision n'était pratiquée qu'au moment où le pus, bien collecté, donnait une sensation nette de fluctuation. Il ne fut jamais nécessaire d'inciser largement ni les suppurations des gaines tendineuses, ni les phlegmons du creux de la main. La sécrétion purulente devenait rapidement muco-purulente ; les plaies infectées, sanieuses se détergeaient promptement.

La durée du traitement était très courte en général. Jamais on n'observa d'accidents, tels que brûlures, cautérisations de la plaie, macération de la peau, douleurs.

Le pansement sans imperméable donnait aux blessés une sensation agréable de chaleur, qui calmait les souffrances, fait à noter particulièrement dans les fissures à l'anus, dans des ulcères très douloureux de la jambe.

L'absence d'imperméable, dit Ehrlich, permet une évaporation continuelle et suffisamment intense ; par suite, la mise en liberté de petites quantités d'acide phénique produit l'irritation constante de la peau, qui détermine cette sensation de chaleur ; et ce phénomène amène à supposer que le phénol camphré en outre de son action désinfectante, exerce une influence analogue à celle de l'hyperémie de Bier, en raison de cette excitation cutanée continue, ou mieux de l'hyperémie.

Dans les essais cliniques poursuivis par l'auteur, jamais l'analyse des urines ne dénota le moindre phénomène pathologique.

Ehrlih a appliqué cette méthode dans 50 cas de panaris, phlegmons, ulcères, fissures à l'anus, plaies infectées, fistules tuberculeuses ; et il résulte d'un tableau comparatif qu'il a établi avec les procédés de traitement habituellement employé que le phénol camphré diminue dans des propor-

tions notables la durée de l'indisponibilité dans les affections précitées.

Ainsi le traitement des panaris, qui, avec les autres méthodes, varie en moyenne de 18 à 19 jours, tombe à 9 jours ; celui des phlegmons tombe de 9 à 5 jours ; celui des plaies infectées de 11 à 7 jours.

Le phénol camphré permet donc un traitement remarquablement simple, et sans danger ; il donne une guérison rapide, surtout dans les suppurations aiguës. Il peut remplacer l hyperémie artificielle de Bier, lorsque cette dernière méthode offre quelques difficultés dans son application.

L'urotropine, cause d'hématurie et d'albuminurie.

Tout le monde connaît la remarquable action prophylactique de l'urotropine dans la fièvre typhoïde et la scarlatine, dans la cystite, la phosphaturie, dans la goutte, etc.

Son emploi rencontre des partisans de plus en plus nombreux, bien qu'il ne soit pas exempt d'accidents secondaires tels que troubles stomacaux, coliques, diarrhée, exanthèmes rubéoliques, céphalée, bourdonnements d'oreille. L'usage de l'urotropine peut même amener des troubles graves de l'appareil uro-génital. Aux quinze cas d'hématurie et d'albuminurie dus à l'urotropine, que l'on connaît jusqu'à présent, le Dr Karwowski en ajoute un nouveau. (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie, B. 42, n° 17.*)

Il s'agit d'un homme de 48 ans, à qui l'on avait prescrit, contre des douleurs de lithiase rénale, trois pastilles dosées à 0.50 centigrammes d'urotropine par jour. Au bout de 18 jours de ce traitement, le patient éprouva subitement de violentes douleurs au niveau des reins et du col vésical. L'urine était trouble, mélangée de flocons, et renfermait 20 centigrammes d'albumine. Les flocons étaient constitués par des cellules epithéliales ; ils ne contenaient pas de globules sanguins. Aussitôt l'administration de l'urotropine fut suspendue, les douleurs disparurent, mais dès que le médicament fut repris, elles reparurent plus intenses, l'urine devint à nouveau trouble ; mais, l'urotropine étant définitivement abandonnée, celle-ci reprit son aspect normal, sans plus renfermer d'éléments pathologiques.

Voici d'ailleurs encore un cas d'irritation rénale due à l'urotropine, que rapporte Wilson Parry. (*The Lancet*, 9. déc. 1904.)

Un homme âgé de 84 ans souffrait d'une rétention d'urine complète, qui était provoquée par une énorme hypertrophie de la prostate. L'urine répandait une mauvaise odeur, elle était ammoniacale, muqueuse, et renfermait une petite quantité d'albumine. Parry prescrivit de l'urotropine, à raison de trois fois 50 centigrammes par jour. Plus tard, il doubla la dose ; en outre il fit des lavages antiseptiques de la vessie.

La mauvaise odeur de l'urine et le mucus disparurent ; sa réaction devint acide ; puis la dose d'urotropine fut diminuée. Sur ces entrefaites, l'albumine urinaire augmenta dans de fortes proportions ; mais dès la cessation de l'urotropine elle disparut presque complètement ; les symptômes d'irritation vésicale s'amendèrent rapidement.

Il est difficile de comprendre pour quelles raisons l'urotropine qui, dans des milliers de cas, est bien supportée, peut, chez certains malades, occasionner de l'hématurie ou de l'albuminurie.

Pronostic et thérapeutique de la tuberculose du genou.

Le docteur Descœudres vient de consacrer à cette question un travail très important, basé sur 250 cas de tuberculose du genou, traités à la Clinique chirurgicale de Genève, pendant ces vingt-cinq dernières années.

Plus l'âge des malades est avancé, dit-il, plus sombre est le pronostic ; mais il est d'autant plus favorable que les lésions articulaires sont moins anciennes au moment où l'on institue le traitement ; il devient meilleur encore quand la lésion articulaire constitue la seule localisation bacillaire de l'organisme, et quand les antécédents héréditaires ne sont pas entachés de tuberculose.

Descœudres obtient la guérison dans 80 pour cent des cas traités par lui ; une nouvelle revision de ses patients, faite de 4 à 20 ans après l'opération, lui permit d'apprendre que 40 pour cent de ceux qui avaient été traités étaient morts (la plupart de tuberculose).

Le traitement avait été soit purement conservateur (39,2 0/0), soit chirurgical : résection (41,6 0/0 ou amputation (19,2 0/0). Une très grande partie des patients réséqués ou amputés avaient été tout d'abord longtemps traités par la méthode conservatrice. Chez les personnes guéries par cette dernière méthode, les lésions remontaient en moyenne à 22 mois, chez les opérés à 4 ans. La mortalité fut, pour le traitement conservateur, de 12,5 0/0, pour la résection ou l'arthrectomie de 0 0/0, pour l'amputation de 16 0/0 ; elle engloba la plupart des cas graves, chez lesquels, ou bien toute opération était devenue impossible, ou bien la thérapeutique la plus radicale était devenue urgente. Quant à la mortalité ultérieure par tuberculose, elle comprit 37 1/2 0/0 des patients soumis au traitement conservateur, 16 1/2 0/0 des réséqués, 38 3/4 0/0 des amputés.

Ces chiffres montrent que le groupe des opérés renfermait d'une façon générale une plus grande quantité de cas graves ; ils sont également favorables à la résection, si combattue à l heure actuelle. Cette méthode protégerait plus que toutes les autres contre la généralisation de la tuberculose.

Par contre, les résultats sont loin d'être brillants pour la méthode purement conservatrice, qui compte aujourd'hui tant de partisans. Bien qu'elle ait été réservée aux cas les plus légers, elle a donné beaucoup plus de mauvais résultats, de récidives, et tuberculisations générales que la méthode chirurgicale.

A la vérité, il faudra toujours tenter la thérapeutique de conservation ; mais si la guérison se fait trop attendre, s'il survient une aggravation, on tentera d'autant plus vite la résection que la conservation guérit par raideur articulaire, tandis que l'arthrectomie et la résection éliminent d'un seul coup le foyer malade.

Enfin, pour le choix du traitement, on se laisse aussi guider par l'âge du malade, par sa situation sociale, son état général et par la gravité des lésions ; au delà de trente ans, on discutera toujours l'opération ; avant comme après cet âge on ne négligera pas le traitement général.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le certificat d'études médicales supérieures.

Dans sa séance du 16 juillet prochain, le Conseil supérieur de l'Instruction publique aura à s'occuper de la création d'un certificat d'études médicales supérieures. Voici quelle est la teneur de ce projet.

Article premier. — Il est institué un certificat d'études médicales supérieures.

Art. 2. — Ce certificat est délivré par le Ministre de l'Instruction publique à la suite d'un examen public subi devant un jury spécial dont les membres sont nommés par arrêté ministériel.

Art. 3. — Nul n'est admis à se présenter à cet examen s'il n'est pourvu du grade de docteur en médecine.

Art. 4. — L'examen comprend : 1° Une composition d'anatomie, d'histologie et de physiologie. Quatre heures sont accordées pour cette composition qui a lieu dans une salle fermée ; 2° Un exposé oral d'une demi-heure au maximum sur une question de pathologie générale fait après trois heures de préparation dans une salle fermée. Pour la composition et pour la préparation de l'exposé oral, les candidats ne doivent s'aider d'aucune note, d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit. La surveillance est organisée par le président du jury ; 3° Une épreuve pratique d'anatomie pathologique. Le jury détermine le temps accordé aux candidats pour la préparation de cette épreuve et pour l'exposé des résultats de leur travail.

Pour l'épreuve écrite, il est donné trois sujets entre lesquels les candidats ont le droit de choisir. Chaque candidat, après avoir signé sa composition, la remet au président qui la vise. Les compositions sont sont lues par les candidats en séance publique, sous le contrôle d'un des juges.

Pour l'épreuve orale, chaque candidat tire au sort une enveloppe contenant trois sujets entre lesquels il a le droit de choisir. Le jury arrête tous les sujets des épreuves orales avant le commencement de ces épreuves.

Art. 5. — Les aspirants aux certificats d'études médicales supérieures ne sont pas tenus de subir les trois épreuves dans la même session. Ils peuvent ne s'inscrire, à la même session, que pour une ou deux épreuves à leur choix. Le candidat, admis à une épreuve, conserve le bénéfice de son admission : il peut en réclamer l'attestation au président du jury. Le certificat n'est délivré qu'autant que le candidat a été déclaré admis pour chacune des trois épreuves.

Art. 6. — Chaque épreuve donne lieu à une note exprimée par un chiffre variant de 0 à 20. Pour être déclaré admis à une épreuve, le candidat ne doit pas avoir obtenu une note inférieure à 15. Le candidat qui aura obtenu pour une épreuve une note inférieure à 10 ne pourra pas subir de nouveau cette épreuve avant une année.

L'admission et l'ajournement sont prononcés après délibération du jury.

Art. 7. — Le jury est composé de neuf juges choisis par le Ministre de l'Instruction publique parmi les professeurs titulaires et honoraires, les agrégés des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie. Aucune faculté ne peut être représentée dans le jury par plus de quatre membres.

Art. 8. — Le jugement peut être valablement rendu par cinq juges. Après la session, le Président adresse au Ministre un rapport sur les résultats des examens.

Art. 9. — La première session s'ouvrira en octobre 1907. A partir du 1er janvier 1908, les sessions d'examens auront lieu deux fois par an. Un arrêté ministériel désigne la Faculté au siège de laquelle aura lieu chaque session. Les dates des sessions et les dates d'ouverture du registre d'inscription sont également fixées par arrêtés ministériels.



Le projet de décret ci dessus a pour corollaire le projet d'arrêté suivant, déterminant les fonctions pour lesquelles, dans les Facultés de médecine, sera exigé le certificat d'études médicales supérieures, que nous avons aussi le plaisir de faire connaître à nos lecteurs.

Art. 1. — Le certificat d'études médicales supérieures est exigé des candidats : 1° Aux fonctions d'agrégé et de chargé de cours complémentaires dans les Facultés de médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section de Médecine) ; 2° Aux fonctions de chef des travaux dans les Facultés de médecine et dans les Facultés mixtes de pharmacie (section de Médecine).

Art. 2 — Les docteurs en médecine, pourvus du certificat d'études médicales supérieures, *peuvent être nommés sans concours aux fonctions de chef de clinique* dans les Facultés de médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie. Ils sont nommés par le recteur sur présentation du doyen.

Art. 3. — Les dispositions prévues à l'art. 1er ne sont pas applicables aux chargés de cours complémentaires et aux chefs de travaux en fonctions à la date de la promulgation du décret portant institution du certificat d'études médicales supérieures.

La publication de ce décret inspire à un de nos abonnés de Lille les très justes réflexions suivantes que nous nous empressons de soumettre à nos lecteurs.

Au Comité de direction du « Concours médical ».

Très honoré confrère.

Le 18 juillet dernier, l'honorable M. Briand, Grand-Maître de l'Université, a proposé au Conseil de l'instruction publique la création d'un « certificat d'études médicales supérieures », d'un « diplôme supérieur », si vous voulez — puisque diplôme et certificat c'est tout un — qui constituera un état moyen entre le doctorat et l'agrégation.

Le décret va paraître, s'il n'est déjà paru.

L'innovation consiste en ceci : Tout médecin qui voudra devenir « agrégé » devra préalablement acquérir ce « diplôme supérieur » dont les

matières seront l'anatomie, l'anatomie générale, la physiologie et, croyons-nous, l'anatomo-pathologie et la pathologie générale ; il poursuivra ensuite le concours de l'agrégation qui comportera une vingtaine de branches au lieu de cinq.

C'est, en définitive, la spécialisation à outrance, mais, grâce au diplôme supérieur, la spécialisation fortement nourrie de science pure et d'idées générales indispensables aux vrais spécialistes.

Dans l'esprit du ministre, le certificat supérieur a ainsi pour but évident d'empêcher l'accès de l'agrégation aux candidats insuffisants ou trop protégés, de faire passer ceux qui savent avant ceux dont la mémoire est un estomac de volaille.

Conséquemment, ce n'est pas un diplôme que le ministre a voulu créer, mais une garantie de savoir et une barrière contre le favoritisme.

Bref, si le conseil avait décidé que « *les candidats à l'agrégation auront à l'avenir à subir deux séries d'épreuves : la première* — objet actuel du diplôme supérieur, — *commune à tous et éliminatoire ; la seconde particulière et comportant l'une ou l'autre branche de l'agrégation définitive* », tout était bien ; le praticien restait à sa place et l'agrégé à la sienne, cette fois conquise de haute lutte.

Mais il n'en est malheureusement pas ainsi : si le « diplôme » existe, celui qui l'obtiendra aura sa place entre l'agrégé et le docteur en médecine.

Libre à lui d'en rester là, il sera « médecin supérieur » !

Et nous voilà tous devenus, du coup, de simples officiers de santé !

L'un d'entre nous, le Dr A. Coppens, rédacteur au *Petit Praticien*, vient de protester dans le *Petit Nord* contre cette innovation : le Dr Debierre, directeur de ce journal et professeur à la Faculté de médecine de Lille, a accueilli cette protestation ; nous lui en savons gré.

Vous aussi, confrères du Concours médical dont l'influence est si haute et si justifiée, vous accueillerez la nôtre.

Vous direz au ministre :

Il y a quelque quinze ans, une loi fit « l'unification » des diplômes médicaux, et beaucoup de nos confrères. officiers de santé vieillis sous le harnois, conquirent le titre de docteur.

Nous n'avons pas protesté parce que, si l'unification pouvait nous nuire, du moins elle ne nous abaissait pas ; de plus, nous avions conscience que l'ascension de ces praticiens au doctorat consacrait, la plupart du temps, une longue carrière de dévouement et d'expérience pratique.

Aujourd'hui, pour notre abaissement, l'unification disparaît par le diplôme supérieur » dont la première manifestation aura lieu en octobre 1907. Nous avons donc quatorze mois devant nous pour essayer de l'acquérir.

Nous ne l'essayerons pas, sauf exceptions rares, pour l'excellente raison que l'âge ou la lutte pour vivre ne nous le permet pas ; que notre savoir n'est pas ou n'est plus bibliographique ni de science pure ; qu'il est essentiellement pratique, professionnel et consiste à guérir ou à soulager ; qu'il est dans le livre largement ouvert de l'observation journalière ; enfin, que nous avons jeté par-dessus bord un tas d'idées et de connaissances didactiques dont nous n'avons que faire et les malades avec nous.

Vous direz de plus que, loin de nous opposer aux œuvres d'émancipation sociale. et d'humanité. nous sommes les descendants directs de ces praticiens qui furent — au temps où il était dangereux de l'être—les plus fermes soutiens de l'idée démocratique et de la liberté de penser ; que, tout en voulant défendre nos droits, nous ne renions pas un héritage dont nous sommes fiers et que, si nous sommes *des prolétaires sans avenir assuré*, nous sommes aussi des contribuables payant à l'impôt une large part, prise sur des maigres et souvent aléatoires rémunérations.

Est-il donc possible que le ministre de l'instruction publique, alors qu'il porte le nom de Briand, fasse de nous, du jour au lendemain, sur un simple décret, de véritables sacrifiés, quand ce décret, pour ne nuire à personne et devenir hautement utile, n'a besoin que d'une facile retouche ?

Le mal n'est pas dans l'insuffisance des diplômes, il est tout entier dans l'insuffisance de l'enseignement.

C'est l'enseignement qu'il faut viser, qu'il faut reviser, qu'il faut profondément réformer.

Un seul argument suffit ; il n'en est pas besoin d'autres, pourtant puissants et nombreux. Le voici :

Dans nos Facultés, les vacances — les grandes — sont de quatre mois, soit de......	120 jours.
Les petites vacances : Pâques, Pentecôte, nouvelle année..........	35 jours.
Les dimanches qui restent et les jours fériés comportent environ	45 jours.
Total......................	200 jours.

Il reste donc 165 jours qui, divisés en *semestre d'été* et *semestre d'hiver*, n'imposent, *par an*, à ceux qui enseignent la médecine, que 83 jours d'enseignement véritable !

Et ces messieurs, qui sont nos maîtres, trouvent qu'il faut relever le niveau des études ?

C'est absolument juste, mais qu'ils commencent par un peu plus enseigner ; *qu'ils se fassent payer, s'il le faut, mais qu'ils soient des maîtres et rien que des maîtres.*

Les programmes sont assez chargés déjà pour que de nos facultés sortent, alors, des médecins dignes de ce nom, parmi lesquels, grâce à la réforme en germe dans le décret du 18 juillet, on dégagera une élite incontestable, vraiment placée pour dire aux élèves : « L'art médical est chose « difficile ; bien court est le temps dont nous dis- « posons ; ne le gaspillons pas. Songez à vos res- « ponsabilités futures, aux graves devoirs que « vous aurez à remplir ; la vie humaine est sacrée ; « ne perdons pas un instant ; travaillons ! »

Si vous tenez ce langage, confrères du Concours ; vous serez sûrement entendus par le ministre de l'instruction publique ; nous avons eu, nous Lillois, l'occasion d'apprécier son talent, son désintéressement, son incontestable esprit d'équité ; un décret n'est pas une loi, un décret peut se rapporter : il le rapportera.

Veuillez recevoir, très honorés confrères, avec nos remerciements, nos meilleures salutations confraternelles.

Pour un groupe de praticiens indépendants :

Dr L. Declercq,
Ancien membre de « l'Union médico-pharmaceutique » qui fut défendue par Me Briand.

Lille, le 25 juillet 1906.

BIBLIOGRAPHIE

Technique du traitement des tumeurs blanches, par F. Calot, chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin-Perrochaud, de l'Institut orthopédique de Berck, etc. 1 vol. grand in-8°, de 271 pages, avec 192 figures dans le texte. (Masson et Cie, éditeurs), **7** fr.

Tous les praticiens ont, dans leur clientèle, à soigner des tumeurs blanches. Dans l'ouvrage que nous annonçons, le Dr Calot leur indique le meilleur traitement efficace et pratique, à la fois, des tumeurs blanches en général et de chaque cas en particulier. Il expose la technique de ce traitement, entrant dans les plus petits détails, de manière à aplanir la route à chaque pas et à conduire le médecin, comme par la main, du commencement à la fin de la maladie. S'appuyant sur son expérience personnelle des diverses méthodes thérapeutiques, l'auteur préconise par-dessus tout les injections intra-articulaires, qui, par leur efficacité, leur bénignité, leur facilité d'exécution, sont le traitement de choix des tumeurs blanches, le plâtre seul ou les opérations sanglantes devant rester des traitements d'exception.

Cet ouvrage est écrit dans le même esprit pratique que ses deux devanciers sur la coxalgie et la luxation congénitale de la hanche. L'exposition est simple et précise ; le nombre et la netteté des figures ajoutent encore à la clarté du texte. Avec un pareil guide, tout médecin pourra, sans crainte de s'égarer, aborder désormais le traitement des tumeurs blanches et arriver à rendre au malade un membre toujours très utile et, souvent, même complètement normal.

Conférences pratiques sur les maladies du cœur et des poumons, par le Dr Louis Rénon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de la Société de Biologie, 1 volume in-8°, de VIII-382 pages (Masson et Cie, éditeurs)........................ 5 fr.

Cet ouvrage essentiellement pratique, tenu complètement au courant du mouvement médical actuel, se compose de deux parties. Quinze conférences traitent des *Maladies du Cœur et des Vaisseaux*, et quinze des *Maladies des Poumons et de la Plèvre*.

Dans l'enseignement élémentaire de la clinique, du diagnostic et surtout de la thérapeutique, cette raison d'être de la première partie, signalons : *La question des chlorures, l'Alimentation et la vie cardiaques, les Grandes médications cardiaques, la Pleurésie droite des cardiaques, l'Anesthésie générale des cardiaques*, etc. Dans la seconde partie, l'étude des *Congestions pulmonaires primitives* et surtout celle de la *Tuberculose pulmonaire* tiennent la plus grande place. L'auteur examine les rapports de la tuberculose avec la pneumonie, le diabète, la grossesse, la syphilis ; il montre les difficultés du diagnostic précoce, et il expose avec détails l'évolution clinique et la thérapeutique de la fièvre et des hémoptysies des tuberculeux. Trois conférences sont consacrées au *Traitement de la tuberculose pulmonaire* par l'alimentation supplémentaire raisonnée, par la médication et par la cure d'air.

En tête de l'ouvrage, M. Louis Rénon a placé une leçon faite sur *le Médecin dans la Société moderne*, où il développe ses idées sur le rôle du médecin et de la médecine à notre époque.

REPORTAGE MÉDICAL

La Direction de la Mutualité. — M. Barberet, admis à la retraite, est remplacé par M. Mascle, préfet de la Loire.

M. Clemenceau a offert à M. Mascle, préfet de la Loire, qui a accepté, la direction de la mutualité au ministère de l'intérieur, en remplacement de M. Barberet, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Le Congrès de Lille. — Le seizième congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tient, en ce moment, à Lille du 1er au 7 août 1906, sous la présidence de M. le professeur Grasset, de Montpellier.

Travaux scientifiques et excursions. — Rapports et discussions sur les questions choisies par le Congrès de Rennes.

a) *Psychiatrie.* — Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés.

Rapporteur : M. le docteur M. Dide, de Rennes.

b) *Neurologie.* — Le cervau sénile.

Rapporteur : M. le docteur A. Léri, de Paris.

c) *Médecine légale.* — La responsabilité des hystériques.

Rapporteur : M. le docteur R. Leroy, de Paris.

Communications originales sur des sujets de psychiatrie et de neurologie.

Présentation de malades, de pièces anatomiques, de préparations microscopiques.

Visite des asiles d'aliénés de : Bailleul, Armentières, Lommelet, Saint-Venant.

Réceptions officielles et banquets.

Visite de l'Exposition internationale de Tourcoing.

Visite des principaux édifices et monuments de la Flandre française.

Excursions sur les côtes de la Manche et de la mer du Nord (ports, plages, sanatoria).

Voyage en Angleterre.

Avantages et conditions. — Une réduction sur le tarif des voyages sera demandée aux compagnies de chemin de fer.

Des démarches seront faites auprès des principaux hôteliers et restaurateurs en vue d'obtenir une réduction sur leurs prix habituels.

Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents.

2° Des membres associés sur la présentation d'un membre adhérent).

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès seront considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront : avant le Congrès, les trois rapports désignés ; après le Congrès, le compte rendu des séances.

Pour tout ce qui concerne les adhésions, cotisations, communications et renseignements, prière de s'adresser au Secrétaire général du Congrès, le docteur Chocreaux, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bailleul (Nord).

La défense sanitaire de la Ville de Paris. — M. A.-J. Martin a donné lecture au sein d'une de nos Sociétés savantes d'un travail dans lequel il étudie l'organisation, depuis 1887, de la défense sanitaire de Paris.

L'application de la loi sur la protection de la santé publique, l'organisation du transport des malades, la pratique des opérations de désinfection, des vaccinations et revaccinations, la surveillance des eaux de source, ont constitué une série de mesures qui, jointes aux efforts de l'initiative privée, ont donné des résultats très importants. C'est ainsi que la mortalité générale, qui était, en 1894, de 22,3 pour 1000 habitants, est progressivement descendue jusqu'au chiffre 17,4 en 1905, c'est-à-dire au chiffre de mortalité des grandes villes et capitales étrangères, dans lesquelles fonctionne une semblable organisation. Il est intéressant de constater que, depuis 1892, la population s'est aussi graduellement accrue, si bien que, si la mortalité était restée stationnaire depuis cette époque, elle eût été de 62.070 décès en 1905 au lieu du chiffre de 47.853 décès

qu'elle a atteint, soit un gain de 14.217 décès en une année sur l'année 1902. Et, dans ces chiffres, la diminution de la mortalité par maladies transmissibles compte pour une part régulièrement décroissante.

Toutes les fièvres épidémiques, fréquentes autrefois, sont devenues progressivement très rares, vient de déclarer la Statistique municipale officielle.

Ainsi Paris devient de plus en plus salubre et bénéficie chaque jour davantage des progrès de l'hygiène publique.

Les hôtels modernes. — La Sarthe a récemment fait beaucoup parler d'elle chez les médecins et les automobilistes. Si l'A. C. F. se fit tirer l'oreille par le Ministre pour ne pas assurer le Service médical au Cours du Circuit, les hôteliers semblent bien plus dans le mouvement, témoin le prospectus suivant rencontré par des touristes, et où nous voyons la consultation matinale d'un confrère voisiner sans scrupule avec les services du coiffeur, du vétérinaire, du cordonnier, du loueur de voitures, et la spécialité de rillettes.

LIGNE DE PARIS A BORDEAUX.

Arrêt de tous les express.

Embranchement des lignes de Saint-Calais à Vendôme.

Spécialité de Rillettes.

COIFFEUR A L'HOTEL.

Docteur le matin de 9 à 11 heures.

Vétérinaire à disposition. — Chevaux et voitures à volonté.

Hôtel Edmond Fougeray

MEMBRE DU TOURING-CLUB,

à Bessé-sur-Braye (Sarthe).

Se recommande aux voyageurs et aux touristes par son confortable.

Un cordonnier est attaché à la Maison.

Union Fédérative des Médecins de Réserve et de l'Armée Territoriale. — Le Conseil d'Administration de l'Union Fédérative des Médecins de Réserve s'est réuni le 13 juin 1906 au Cercle Militaire. Après lecture du procès-verbal et de la correspondance, le Secrétaire général a communiqué les noms de dix nouveaux adhérents, ce qui porte à 360 le nombre actuel des Membres de l'Union. Le Trésorier, dans son rapport financier, a fait ressortir la situation prospère de la Société.

Le Conseil aborde ensuite la question des projets de loi pouvant intéresser l'organisation générale de la Médecine militaire : ces projets sont étudiés par une commission spéciale. Une autre commission poursuit l'organisation d'un Congrès de Médecins militaires.

Les exercices spéciaux du Service de Santé du Gouvernement militaire de Paris étant fixés, cette année, du 30 juillet au 3 août, la Société émet le vœu que la date annuelle de ces manœuvres soit fixée en dehors de l'époque habituelle des vacances, afin de permettre au plus grand nombre possible de Médecins des réserves d'y assister.

Le Secrétaire-général,
L. TOLLEMER.

Les étudiants en médecine et le transfert des dossiers. — M. Aristide Briand, ministre de l'instruction publique, vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante :

« Aux termes de la circulaire du 23 janvier 1896 relative au transfert des dossiers des étudiants en médecine au cours de l'année scolaire, « les demandes du transfert présentées *en vue d'une nouvelle année scolaire* doivent être produites assez à temps pour que le transfert des dossiers des étudiants puisse avoir lieu avant le 15 octobre.

Ces instructions visaient spécialement la Faculté de médecine de Paris, et avaient pour but de la mettre en mesure de satisfaire aux prescriptions du décret du 20 novembre 1893, réglant les conditions de stage dans les hôpitaux et cliniques annexes de Paris, décret dont l'article 7 fixait au 1er décembre l'entrée des élèves dans les service hositalliers.

Or, le décret du 6 avril 1906 porte modification de certaines dispositions du décret du 20 novembre 1893. Il stipule notamment que l'enseignent dans les services hospitaliers durera, non plus du 1er décembre au 15 juin, mais qu'il durera désormais du 1er *novembre au 30 juin.*

En raison de ces prescriptions nouvelles, il m'a paru nécessaire d'avancer la limite du transfert à la Faculté de médecine de Paris des dossiers des élèves en cours de scolarité appartenant aux Facultés ou écoles de médecine des départements. J'ai décidé de fixer cette limite *au 15 septembre.*

Je vous prie de vouloir bien transmettre ces instructions à MM. les doyens ou directeurs d'écoles de votre ressort académique en les invitant à s'y conformer strictement. Aristide BRIAND. »

Distinction honorifique. — Nous adressons nos plus vives félicitations à M. le docteur Doury, de Paris, qui vient d'être nommé *chevalier de la Légion d'honneur.*

Faculté et Hôpitaux.

Trois cours de thérapeutique obstétricale, avec manœuvres obstétricales, complets en un mois, auront lieu à la clinique Tarnier, pendant les mois d'août, septembre et octobre, sous la direction de M. Demelin, agrégé et avec le concours de M. Guéniot et Coudert, chefs de clinique ; Perret et Jeannin, anciens chefs de clinique ; Cathala, chef du laboratoire ; Lequeux et Devraigne, moniteurs, anciens internes des hôpitaux.

Chaque cours commencera le 1er de chaque mois et comprendra 24 leçons ou manœuvres. Les leçons auront lieu tous les matins à 10 heures 1/4, dimanches exceptés.

Elles sont faites le mardi et le samedi par M. Démelin ; les autres jours, en août, par MM. Jeannin et Lequeux ; en septembre par MM. Coudert et Devraigne ; en octobre par MM. Perret et Devraigne.

Programme du cours : Conduite à tenir dans les presentations du sommet, dans les présentations de la face et du front; dans les présentations du siège, de l'épaule.

Délivrance normale et pathologique.

Des déchirures perpuérales, vomissements incoercibles. Eclampsie. Les hémorragies perpuérales. De l'avortement. Bassins rachitiques: Bassins rétrécis non rachitiques. Dystocie fœtale et funiculaire. Du forceps. De la version. Les embryotomies Accouchement provoqué. Césarienne. Traitement de l'infection perpuérale. Le droit à verser est de 50 francs.

— M. Albarran, agrégé des Facultés de médecine est nommé professeur de clinique des maladies des voies urinaires à la faculté de médecine de l'Univereité de Paris.

— M. Thoinot, agrégé, est nommé professeur de médecine légale à la faculté de médecine de l'Université de Paris.

— Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Wiart et Labey.

Cours pratique d'accouchements avec manœuvres opératoires par M. Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, et M. Paquy, ancien chef de clinique. Ce cours commencera le lundi 10 septembre 1906, à 9 h. du matin. Il sera complet en un mois et aura lieu tous les jours, à la même heure, à la clinique Baudelocque.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année N° 32 12 AOUT 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

SUCCÈS DU JOUR

Sous la rubrique *Propos du jour*, nos lecteurs trouvaient chaque semaine, en tête de ce journal, l'étude d'une question toute d'actualité. C'était hélas ! le plus souvent un article inspiré par les plaintes de nos confrères au sujet des difficultés qu'on se plaît à semer sur leur route déjà si aride par elle-même. C'était souvent un coup de clairon pour relever leur courage, et pour les engager à se défendre avec plus d'énergie encore.

Ces articles étaient toujours lus avec intérêt, et les conseils qui s'y trouvaient étaient suivis. La preuve, c'est qu'ils ont porté leurs fruits. Depuis quelque temps, en effet, nous pouvons enregistrer des résultats heureux, et de temps à autre, aux lieu et place du titre de combat « Propos du jour », nous pouvons enregistrer un bulletin de victoire sous la rubrique « Succès du jour ».

Déjà l'an dernier, à la suite de la lutte engagée contre les compagnies d'assurances, nous remportions en Cour de cassation une éclatante victoire sur les chefs d'industrie qui refusaient de payer directement les médecins qui soignent les blessés, et nous faisions confirmer ce succès en faisant insérer dans la loi une disposition qui engage formellement la responsabilité des chefs d'entreprise vis-à-vis des médecins.

Voici que, cette année, nos confrères de Montpellier, suivant les conseils donnés par notre journal et par l'Union des syndicats médicaux, ont entamé la lutte, non pas contre les sociétés de secours mutuels, mais contre les routines qui y étaient en honneur.

Ils ont eu la bonne fortune de se trouver en présence de mutualistes intelligents, à l'esprit large que n'effrayent pas les réformes sagement étudiées. Les médecins et les mutualistes de Montpellier ont institué une commission pour l'étude des réformes à apporter au service médical des Sociétés mutuelles de leur ville.

Après trois séances il a été décidé: 1° que les Mutualistes auraient *le libre choix du médecin*, c'est-à-dire *la liberté de confiance* ; 2° que le médecin serait payé à la visite ; 3° que la Société serait responsable du paiement des visites moyennant une indemnité de recouvrement de 10 % ; 4° que le prix de la visite serait de 2 fr.

C'est un succès presque complet, c'est la réalisation du rêve des Mutualistes malades et des médecins qui les soignent.

Nous ne ferons qu'une seule critique à ce contrat. C'est à propos du prix de la visite qui a été fixé à l'unique somme de 2 fr. quelle que soit la situation de fortune du mutualiste.

Sans doute, nous n'avons jamais pensé que la caisse de la Société devait payer plus cher pour un mutualiste riche que pour un mutualiste pauvre.

Mais d'autre part, nous ne pouvons admettre qu'un médecin qui se contente d'un honoraire

de 2 fr. pour une visite faite à un mutualiste, petit employé, puisse se contenter de cette somme de 2 fr. faite à un mutualiste qui, parti d'une situation modeste, a pu arriver à la fortune.

Le moyen de solutionner cette question paraît cependant bien simple. Il suffit que la Société se reconnaisse responsable d'une somme de 2 fr. pour chaque visite faite à un mutualiste. Elle remet donc à chaque mutualiste malade des bons de visite valant 2 fr.(un billet de banque mutualiste de 2 fr.).

Si la situation du mutualiste est modeste, le médecin se contentera du bon de la Mutualité, si le mutualiste est riche, il réclamera à son client en plus du bon, un supplément en rapport avec la somme qu'il réclame à ses clients riches et aisés.

Constatons cependant qu'un grand pas a été fait à Montpellier, aussi bien dans l'intérêt des malades que des médecins. Espérons que bientôt, dans d'autres régions, pareils résultats seront obtenus et que de nouveau nous pourrons interrompre la série des *Propos du jour* pour la remplacer par un nouveau *Succès du jour*.

DIVERNERESSE.

A cause de l'importance des résultats acquis, nous publions ici, en tête du journal, l'important travail du rapporteur mutualiste M. Léon Py.

Le service médical et les Sociétés de Secours mutuels de l'Hérault.

Rapport présenté par M. Léon Py, au nom de la Commission médicale.

(Extrait du *Mutualiste du Midi*, n° 45, juin 1906.)

Messieurs et chers Collègues,

Cédant aux instances de notre honorable président, M. Warnery, et de nos collègues de la Commission, j'ai accepté de vous présenter le rapport sur le résultat de nos travaux, et ce, quoique mes idées et mes vues sur la question médicale ne soient pas identiques à celles de la majorité de la Commission et aux conclusions que nous avons à vous soumettre.

Je vous prierai donc de m'excuser si le rapport se ressent un peu de mes idées personnelles, vous assurant cependant d'avance que tous mes efforts ont tendu à les oublier, afin d'être un rapporteur exact et aussi précis que possible.

Je ne reviendrai pas sur les précédentes négociations, car vous les connaissez suffisamment ; et me servant des expressions de l'honorable président de la délégation médicale, nous nous sommes trouvés en présence de personnalités et de demandes complètement nouvelles ; personne ne doit se rappeler du passé qui n'existe plus.

La Commission du corps médical et votre Commission ont dû tenir plusieurs réunions pour arriver à pouvoir vous présenter une solution. Il n'est pas toujours facile de concilier des intérêts individuels et des intérêts collectifs, et il a fallu toute la bonne volonté de chacun des membres de cette Commission et, en particulier, le dévouement et la ténacité du président de la délégation du corps médical, M. le professeur Gilis, à qui nous sommes heureux de rendre hommage, pour trouver des conclusions acceptées par le corps médical en entier et pouvoir vous les soumettre.

Je vous développerai les questions une par une et le plus rapidement possible. Nous reprendrons l'ensemble de la question après ce développement.

Première question.

a) *Le certificat médical d'admission dans les mutualités devra être payé au tarif de 3 francs.*

Les raisons invoquées par le corps médical sont certainement très sérieuses. Elles méritent de retenir tout particulièrement votre attention.

Le recrutement de nos sociétaires doit nous intéresser ; nous devons veiller tout particulièrement à l'admission des nouveaux membres dans nos sociétés respectives.

Sans vouloir aller aussi loin que nous l'ont fait entrevoir certains docteurs, il est cependant bon de reconnaître que nous devons redoubler de prudence dans les admissions des postulants, éviter d'accepter, dans nos associations, des individualités qui, atteintes de maladies chroniques plus ou moins apparentes, seraient une charge trop lourde pour nos sociétés.

L'attention du docteur, passant la visite du postulant, doit être tout particulièrement en éveil ; et s'il veut remplir consciencieusement son devoir, doit perdre un temps assez long pour cet examen. Il est donc juste que ce temps soit rémunéré.

Le prix de trois francs demandé était cependant trop onéreux. Si nous nous sommes rendus aux raisons développées ci-dessus, nous avons exposé également nos arguments et démontré que le prix de la visite payée soit par le postulant, soit par la société était trop onéreux et que nous ne pouvions y arriver. C'était en outre fermer presque complètement la porte de nos sociétés à ceux qui pouvaient en avoir le plus besoin. Faisant appel aussi aux sentiments humanitaires des docteurs, nous avons pu faire abaisser ce prix et arrêter, d'un commun accord, la rédaction suivante :

1° *Tout postulant ayant besoin d'un certificat médical pour être admis dans une société de secours mutuels devra lui-même payer un certificat, qui le vise seul, à raison de 2 fr. Toutefois, pour ce qui est des sociétés familiales, le médecin s'entendra avec la famille du sociétaire pour l'établissement d'un prix global.*

Votre rapporteur s'aperçoit trop tard que cet article doit subir une modification dans sa rédaction. Il faut, en effet, que le paiement de la visite soit laissé facultativement aux sociétaires ou à la société. C'est une question de réglementation intérieure qui appartient aux sociétés, et c'est après la rédaction statutaire de cette question que chaque société doit informer le docteur chargé de la visite aux postulants à qui incombe le paiement de la visite.

Il a d'ailleurs été reconnu et convenu après discussion que chaque société aurait à s'entendre avec un ou plusieurs docteurs pour la visite des postulants.

Deuxième question.

b) *Il n'y aura plus d'abonnement ; le seul mode de paiement sera le paiement à la visite.*

L'avis unanime du corps médical ne faisait aucun doute à cet effet. Les objections sont venues de notre côté ; nous sommes néanmoins tous d'avis que toutes les Sociétés sans exception doivent rentrer dans cette voie.

Que ceux d'entre vous qui ne veulent pas de la suppression de l'abonnement, fassent une statistique de leur dépense annuelle dans ces conditions. Qu'ils se fassent ensuite communiquer, par une société similaire, les dépenses occasionnées par le tarif à la visite, pour un même nombre de sociétaires et de journées de maladies égales. Nous sommes certains que l'avantage ne sera pas du côté de l'abonnement.

Par suite de la suppression de l'abonnement, chaque sociétaire a au moins l'avantage de prendre le médecin de son choix, en qui il a toujours plus de confiance. Il jouit par cela même des avantages complets auxquels lui donne droit sa cotisation, ce qui n'a pas lieu à l'abonnement.

Aussi, votre Commission s'est-elle rangée à cet avis et vous propose-t-elle de faire adopter la motion suivante :

2° *L'unique mode de paiement d'honoraires, consenti par les médecins aux mutualistes, est le tarif à la visite. Tout système dit à honoraires fixes, ou tarif à l'abonnement, est radicalement supprimé.*

Troisième question

c) *Le prix de la visite de jour sera de 2 fr., la visite de nuit sera payée 5 fr.*

La troisième question était certainement la plus délicate et la plus difficile à résoudre. Elle a fait verser des flots d'éloquence par tous les membres de la Commission : médecins et mutualistes. Tous les sentiments humains ont été développés et pas un seul n'a dû être oublié. Il serait oiseux de vous les répéter et surtout très difficile de détailler certains points de la discussion.

De toutes les dissertations qui ont eu lieu dans les trois réunions de la Commission sur cette question, il y a lieu de retenir :

1° Que le Corps médical demande que la dignité du médecin soit respectée ; que pour cela il faut que le prix de la visite soit convenablement rémunérateur. Le prix de 2 fr. demandé est la dernière limite que puisse consentir le corps médical.

2° Qu'il faut que le docteur gagne sa vie et puisse vivre. Le temps exigé pour une visite médicale, surtout au début des maladies, est souvent très long. Le prix demandé n'est pas exagéré.

3° Qu'en payant la visite au prix de 2 fr. demandé, nous éviterons certainement tous les abus qui ont été signalés à la Commission médicale.

4° Qu'en acceptant ces conditions, nous aurons l'engagement du corps médical en entier de nous assurer son concours, soit comme visite à domicile, soit comme consultations.

Tout en reconnaissant le bien fondé et la valeur des arguments invoqués et développés par le corps médical, la majorité des membres de votre Commission se basant sur les ressources générales de nos Sociétés, n'a pas cru pouvoir accepter de vous faire cette proposition. Les négociations se seraient certainement rompues sans le bon vouloir et la ténacité prouvés par le Président Gilis, d'arriver à une solution.

La Commission médicale consentit à revenir devant le corps médical. Elle obtint, non point la réduction du prix de la visite qui est maintenu à 2 fr., mais un escompte de 10 0/0 sur le montant des visites.

Nous avons également prévu le cas de plusieurs maladies dans la même famille et dans la même maison. MM. les docteurs ont bien voulu reconnaître que, dans ces conditions, chaque malade ne pouvait payer une visite entière. Il a donc été convenu que la visite entière serait due pour le premier malade et la demi-visite pour le ou les autres.

Les consultations au cabinet seront payées à raison de 1 fr.

La visite de nuit sera payée 5 fr. Les cas de visite de nuit sont des plus rares. Nous n'avons pas cru devoir nous montrer intransigeants. Nous espérons que, dans ces conditions, nous serons certains qu'en déclinant notre qualité, nous trouverons MM. les docteurs prêts à nous rendre les services que nous leur demandons. Nous n'insistons pas davantage.

Consultations : Cette question n'est, en général, pas prévue par nos statuts ; elle mérite cependant de vous être signalée et nous espérons bien que vous la prendrez en sérieuse considération et l'étudierez.

A l'heure actuelle, elle constitue un avantage des plus appréciables qu'il est bon de reconnaître.

La consultation sera payée par les soins de la famille au prix de 10 fr. et le médecin traitant recevra une double visite.

Nous n'avons pas envisagé la question de consultation directe demandée et donnée au cabinet du médecin consultant. Dans l'esprit du corps médical, par les renseignements demandés par votre rapporteur, elle est la même que pour la consultation à domicile.

Nous vous ferons des réserves à cet effet ; nous croyons qu'il est juste de demander une nouvelle étude sur ce point spécial. Nul doute que les raisons qui seront développées ne nous fassent obtenir une réduction sur ce prix, qui serait anormal comparativement à la consultation à domicile, qui, quoi qu'on en dise, n'est pas *irréductible*.

Nous appellerons tout particulièrement votre attention sur le dernier alinéa de l'article proposé, qui concerne les visites hors l'octroi. Cette question n'est pas, pour nous, statutaire, aussi est-elle rédigée de manière à ne laisser planer aucun doute pour le sociétaires.

Nous vous proposons donc de faire adopter.

Art. 4. — *Le prix du tarif à la visite est de :*

2 francs pour la visite de jour ;

5 francs pour la visite de nuit ;

La consultation chez le médecin avec ou sans pansements est de 1 fr.

Les consultations entre confrères se paieront à raison de 10 francs pour le médecin consultant (payé par le sociétaire) et de 4 francs (double visite) pour le médecin traitant, payé par la Société

La visite du médecin est individuelle, c'est-à-dire que ce tarif s'applique à chaque malade examiné. Dans une même famille et dans la maison, s'il y a en même temps plusieurs malades, le premier payera la visite entière les autres demi-tarif.

Personnellement votre rapporteur ajoute à cet article 4, les articles 7 et 8 du projet.

Le paiement des honoraires sera fait par les soins du trésorier de la Société, à condition que le médecin traitant un mutualiste ait avisé sa société dès le début de la maladie et se soit conformé à ses statuts et règlements. Une indemnité de recouvrement de 10 0/0 sera consentie à la caisse des Sociétés, au moment du paiement des honoraires, par les médecins.

Quatrième question.

d) *Le choix du médecin par le mutualiste est libre.*

e) *En retour, le Syndicat fournira aux mutualistes une liste de médecins syndiqués, dans laquelle ceux-ci pourront choisir des médecins, chirurgiens, accoucheurs ou autres spécialistes consultants.*

Des questions précédentes, ne peut résulter que la présente et elle est trop naturelle et trop logique, malgré les quelques objections que l'on a pu y faire, pour que nous nous y arrêtions bien longuement.

Nous ne nous trouvons plus en présence du syndicat médical de l'Hérault, ne comprenant qu'une partie du corps médical, mais bien en présence du corps médical de Montpellier presque en entier. La liste qui nous a été remise comprend, en effet, à peu d'exceptions près, tous les docteurs traitants et consultants. Nous devons reconnaître que l'accord de ces Messieurs peut devenir complet, pour peu que les Sociétés les aident à cette union en marchant toutes unies de leur côté.

Votre rapporteur fait encore ici une réserve, c'est qu'il y aura lieu de mettre en dehors, et de reprendre des négociations avec Messieurs les chirurgiens-dentistes, qui sont tous compris parmi les spécialistes, d'autant plus que cette question peut, à l'heure actuelle, être laissée de côté ; les Sociétés ne s'occupant point des maux dentaires.

La nouvelle rédaction proposée est donc :

6. *Tout mutualiste aura le libre choix de son médecin, sur une liste de médecins mutualistes adhérents aux conditions sus-énoncées ; liste remise à la disposition des mutualistes.*

Cinquième question

f) *Accouchements. Grande et petite chirurgie. Chirurgie d'urgence.*

Le premier point de la question, les accouchements, a, par le fait, retenu seul l'attention de la Commission. Peu de Sociétés ont encore, en effet, à envisager cette solution ; seules les familiales peuvent avoir à s'en occuper, et non point, cependant, dans le sens pratique et compliqué.

L'accouchement n'est pas, en effet, considéré comme une maladie : jusqu'ici, au moins dans les statuts prévoyant ce fait, il n'est prévu qu'une in-

demnité globale pour le fait lui-même. Ce n'est que lorsqu'il y a des suites malheureuses que l'on s'occupe de ces suites et qu'on les considère comme une maladie. Et encore cette interprétation n'est-elle pas générale. Votre Commission a cependant cru bon de suivre Messieurs les docteurs sur ce terrain. Ne serait-ce que dans un but réellement humanitaire et familial, celui d'assurer à la mère et au nouveau-né, dans les cas normaux et qui seuls peuvent s'envisager, pour le moment au moins, les soins nécessaires et indispensables que le besoin empêche quelquefois de se procurer et qui ont des résultats bien pénibles par la suite.

C'est donc à nos Sociétés familiales de prendre bonne note des propositions du corps médical et de voir, après études, si elles peuvent les mettre en pratique.

L'étude du deuxième point, grande et petite chirurgie, a été rapidement étudié. En l'état actuel de cette question et vu la complexité des cas, le plus rationnel était d'accepter le tarif ouvrier, prévu par la loi sur les accidents du travail.

Les solutions proposées pour cette cinquième question sont donc les suivantes :

Accouchements : Accouchement simple avec cinq visites de médecin, 40 francs.

Toute intervention hors tarif.

Petite chirurgie et chirurgie d'urgence : Tarif du Ministère du Commerce sur les accidents du travail.

Grande chirurgie : hors tarif.

Sixième question.

La sixième question est certainement de toutes la plus délicate. Elle est, en effet le complément de toutes les propositions formulées et qu'il serait presque impossible d'accepter, si celle-ci n'existait pas.

Nous ne l'avons cependant pas étudiée et avons décidé d'un commun accord qu'elle ne serait solutionnée qu'après entente complète sur les autres points.

Il s'agit, dans cette sixième question, d'une Commission mixte chargée d'examiner les plaintes et les abus formulés, soit par des docteurs contre les sociétaires et sociétés, soit par les sociétés et sociétaires contre les docteurs.

Les sanctions formulées par cette Commission, qui sera composée de docteurs et de mutualistes, devront être rigoureusement acceptées de part et d'autre. Tout le monde devra s'y soumettre, si l'on veut qu'elles portent de bons résultats.

La proposition actuelle est ainsi conçue.

9° *Une commission mixte, formée de médecins et de mutualistes, examinera les plaintes formulées soit contre les médecins, soit contre les sociétés, soit contre les sociétaires.*

Elle demande à être plus explicite et sera développée et rédigée afin de ne pas prêter à confusion.

Voilà, résumés dans leur ensemble, aussi fidèlement que possible, l'état de la question médicale et les résultats que nous avons pu obtenir.

Ces résultats peuvent paraître à l'avantage du corps médical. Ils n'apportent, de prime abord, aucune concession pour la grande majorité de nos Sociétés, trois ou quatre au plus y trouveront-elles profit sur le prix de la visite.

Votre Commission, croyant cependant avoir rempli consciencieusement son mandat, n'hésite pas à vous soumettre les conclusions formulées et adoptées par le corps médical en entier. Ces conclusions sont en effet des propositions fermes qui vous sont faites, pour lesquelles on vous demande une prompte solution : acceptation ou refus.

Les négociations qui viennent de se poursuivre avaient pris jour à la suite de la circulaire adressée à chaque société par le corps médical. Il ne faut point perdre de vue qu'à l'heure actuelle la cohésion est complète dans le corps médical, qu'il forme un corps compact et homogène, au moins dans sa surface. Cette cohésion tiendra-t-elle? Nous devons le désirer ; pour nos sociétés, ce serait très utile.

Nous n'avons point laissé ignorer à Messieurs les docteurs que les revendications et les nouvelles conditions qu'ils nous posaient avaient des réfractaires parmi eux. Ils n'ignorent pas que les quelques dissidents qu'ils ont, n'ont pas attendu la fin des négociations, pas plus, d'ailleurs, que quelques-unes de nos sociétés, pour établir un nouveau régime différent de celui proposé.

Est-ce de la bonne tactique et du bon travail qui a été fait? L'avenir seul nous le dira, mais nous ne le croyons pas.

La majorité de votre Commission aurait voulu obtenir un prix plus réduit de la visite. Elle avait proposé et maintenu celui de 1 fr. 50 qui semblait rallier l'adhésion des sociétés. Cette demande de réduction était motivée par suite des charges qui incombent à nos caisses. Cette majorité craint, peut-être avec raison, qu'il soit très difficile à certaines sociétés d'arriver à tenir leurs engagements. Le corps médical s'est montré intraitable, prétendant que le prix de deux francs demandé était le plus réduit possible, qu'il était d'ailleurs inférieur à celui adopté dans d'autres villes (Lyon, Saint-Etienne, etc.).

Si les avantages apparents paraissent en effet être tous du côté du corps médical, des avantages réels peuvent en découler pour les sociétés.

Nous n'avons point ménagé nos plaintes à Messieurs les docteurs ; nous leur avons reproché franchement tous les abus dont ils se rendaient coupables à l'égard de nos Sociétés. Nous n'avons pas été ménagés de notre côté non plus. Nos doléances ont paru être entendues et comprises ; nos critiques ont été reconnues justes et fondées. Nous avons reçu la promesse formelle que satisfaction nous serait donnée sur tous les points, et que le service médical serait assuré dans les conditions que nous demandions et que nous voulions exiger.

Le premier avantage d'adhérer aux propositions du corps médical, est la certitude d'avoir à notre service tous les docteurs de Montpellier. Je dis tous, car le pointage sérieux auquel nous nous sommes livrés nous a prouvé que la liste soumise était exacte et complète.

Le deuxième avantage est qu'en acceptant le taux de la visite demandé, nous avons la promesse formelle du corps médical que nos malades seront soignés comme ils doivent l'être. Pas de visites inutiles et superflues : les visites utiles et nécessaires. Si nous évitions l'abus, c'est déjà joli et, quoi que l'on puisse en dire, c'est une économie. En tous cas, nous pourrons protester et avec juste raison ; nous nous trouverons en présence d'un contrat bien et dûment consenti en pleine liberté de part et d'autre. Nous n'aurons pas à hésiter à recourir aux sanctions qui pourront découler des réclamations formulées et qui auront été reconnues exactes.

Le troisième avantage est la suppression complète de la faiblesse que le docteur pouvait avoir à l'égard du malade. S'il ne faut, en effet, rien refuser à celui qui en a besoin, dans la limite de ses droits, on doit se montrer ferme et inflexible lorsque le besoin a cessé. Nous l'avons demandé, on nous l'a promis. Espérons que ces promesses ne seront pas vaines et se réaliseront.

Le quatrième avantage est certainement le plus important. C'est la suppression radicale des spécialités. Nous avons demandé et obtenu que les ordonnances soient formulées. Seules, quelques spécialités qui peuvent, paraît-il, être reconnues indispensables dans certains cas, pourront être ordonnées. La liste en sera dressée au préalable. Là est une économie sérieuse et réelle. Votre rapporteur vous en donne l'affirmation sans crainte aucune de démenti. Cette économie ne sera préjudiciable à personne, pas plus à la caisse des sociétés qu'aux résultats des médicaments. Le malade se trouvera mieux, dans la plupart des cas, des effets des médicaments ordonnancés.

Ces avantages, qui peuvent paraître bien faibles à certains d'entre nous, peuvent et doivent compenser largement les sacrifices qui vous sont demandés. Votre Commission est presque unanime à ce sujet ; ce qu'elle aurait voulu avant de franchir cette étape d'un seul effort, c'eût été de le faire par efforts successifs. Elle n'a pu obtenir satisfaction sur ce point ; elle espère, cependant, que les propositions faites, appliquées en toute justice et avec équité de part et d'autre, produiront les effets que nous en attendons.

D'une part, satisfaction du corps médical, lui assurant presque totalement la rémunération demandée ; d'autre part, satisfaction pour nos Sociétés, en donnant à nos sociétaires toutes facilités voulues : libre choix du docteur et économie probable pour nos caisses, par la suppression ou tout au moins la diminution des abus dont nous nous sommes plaints.

Il ne faut point perdre de vue que le rejet des propositions faites par le corps médical remettrait toutes les questions en jeu. Nous ne craignons pas que vous manquiez de médecins pour les soins de vos malades : nous sommes certains que vous en trouverez plus que vous n'en désirerez, mais cela, malheureusement et à de rares exceptions près, à votre préjudice. Les abus redoubleront et, au lieu de diminuer, les dépenses augmenteront. Des motifs sérieux nous ont été donnés pour vous parler ainsi ; nous ne croyons cependant pas avoir le droit de les produire sur le rapport. Eviterons-nous complètement les abus, nous le pensons pas ; tous nos efforts tendront cependant à y arriver.

Nous arrivons enfin à la clef de voûte, sans laquelle rien ne pourrait fonctionner à notre satisfaction ; nous voulons parler de la commission mixte. Elle sera le couronnement de notre entente, en assurera et réglementera la marche.

Cette commission sera composée d'un certain nombre de docteurs et d'un certain nombre de mutualistes.

Pour les docteurs, il faut que la délégation qu'ils nommeront ne comprenne que des maîtres, mais des maîtres honorés, aimés et respectés, dont la compétence fasse autorité et desquels la parole ne soit pas discutée.

Pour les mutualistes, il faut que la délégation qui sera nommée ne comprenne que des dévoués, présidents ou non ; que des membres, qui aient fait leurs preuves et qu'ils soient parmi ceux qui inspirent le plus d'estime et de respect ; afin que leur parole et leur décision à eux, une fois rendue, ne soient pas non plus discutées.

La commission ainsi composée devrait mettre le nouveau service en marche, qui fonctionnerait, croyons-nous, à la satisfaction générale. Tout le monde, médecins et mutualistes, devant s'incliner devant les décisions prises et rendues publiques.

Réussirons-nous, je l'espère, si vous apportez à l'achèvement de cette entente l'opiniâtreté et la bonne volonté que votre commission y a apportées.

Notre mandat se trouve par le fait terminé. La commission ne pourra, en effet, reprendre ses travaux que si les réponses que vous lui apporterez sont favorables.

Aucun de nous ne peut prendre de décision ferme. Il ne nous appartient point d'engager nos Sociétés et, nous le pouvons d'autant moins, que, dans la majeure partie des cas, ce sont des changements de statuts qui vont s'imposer. Nous ne faisons donc que vous remettre les nouvelles propositions obtenues du corps médical. Ces propositions étant fermes, nous vous demandons de les étudier sans retard.

Nous vous prions donc de ne pas ouvrir de discussions ici ; nous vous fournirons tous renseignements qui pourraient vous être utiles et qui auraient été omis : vous demandant de réunir sans retard vos Sociétés respectives, de mettre cette question à l'étude et de nous faire connaître, de ce jour au 30 juin prochain, la solution que vous aurez adoptée.

Votre commission espère que l'unanimité d'adhésion sera complète, persuadée qu'elle est que c'est le seul moyen d'arriver à un résultat pratique. Elle est même sûre que, comme dans d'autres cas, les Sociétés qui ont déjà fait de nouveaux arrangements avec certains docteurs ne tarderont pas à se rallier à la majorité, au fur et à mesure que les bons résultats de l'entente proposée se feront sentir.

Le corps médical verrait d'ailleurs, une fois de plus, que les mutualistes ne sont point leurs ennemis, mais au contraire des auxiliaires précieux qui, par l'exemple de la solidarité, cherchent à aider et à relever leurs semblables malheureux portés de bonne volonté, et les sortir des bureaux ne bienfaisance et de charité, toujours trop chargés. Au corps médical de nous aider, en nous rendant la tâche entreprise de plus en plus facile. De lui seul, d'ailleurs, dépend l'amélioration des dépenses que nous pourrons faire pour le service médical et la réalisation des demandes formulées. Nous nous trouverons en présence d'un engagement librement consenti, qui pourrait être dénoncé après un essai loyal, s'il était reconnu onéreux ou si les abus persistaient toujours.

Je crois avoir rempli ma mission ainsi que je me l'étais promis, en laissant complètement de côté mes idées et convictions sur cette question. Je terminerai donc mon rapport en vous demandant, au nom de la Commission et dans l'intérêt général d'en faire de même de votre côté ; c'est d'ailleurs le seul moyen pratique de faire de bon travail, par la conciliation des idées, dans la majeure partie des cas.

Votre commission s'estimera très heureuse et largement récompensée, si son concours a servi à solutionner l'une des plus importantes questions pour nos Sociétés : la question médicale.

Le rapporteur, Léon Py.

« Pour plus de clarté, nous reproduisons ci-après :

1° Le tarif élaboré par la Commission mixte ;

« 2° La liste des médecins qui ont adhéré à la con-
« vention dont il est question dans le rapport pré-
« senté par M. Léon Py. »

Tarif adopté à l'égard des Sociétés de secours mutuels par le Congrès des Médecins de Montpellier (approuvé par la Commission mixte), et soumis à l'approbation des Sociétés de Montpellier.

1° Tout postulant ayant besoin d'un certificat médical pour être admis dans une Société de secours mutuels devra lui même payer ce certificat, qui le vise seul, à raison de 2 fr. ; toutefois, pour ce qui est des Sociétés familiales, le médecin s'entendra avec la famille du sociétaire pour l'établissement d'un prix global.

2° L'unique mode de paiement d'honoraires consenti par les médecins aux mutualistes est **le tarif à la visite**. Tout système dit à honoraires fixes, ou le tarif à l'abonnement, est radicalement supprimé.

3° Le prix du tarif à la visite est de 2 fr. (visite de jour) et de 5 fr. (visite de nuit). La consultation verbale chez le médecin se paiera 1 fr. Les consultations entre confrères se paieront à raison de 10 fr. pour le médecin consultant (payé par le sociétaire) et de 4 fr. (double visite payée par la Société pour le médecin traitant). En dehors des bureaux de l'octroi, les tarifs ci-dessus sont majorés des frais de déplacement à la charge du sociétaire (tarif municipal des voitures de place). Service de nuit et de dimanche organisé.

4° Accouchements. — Accouchement simple avec cinq visites, 40 fr. ; toute intervention, hors tarif.

5° Petite chirurgie et chirurgie d'urgence (voir le tarif du Ministère du Commerce sur les accidents du travail). Grande chirurgie, hors tarif.

6° Tout mutualiste aura le *libre choix de son médecin* sur une liste de médecins adhérents aux conditions susnommées, liste remise à la disposition des mutualistes.

7° La visite du médecin est *individuelle*, c'est-à-dire que ce tarif s'applique à chaque malade examiné ; dans une même famille et dans la maison, s'il y a en même temps plusieurs malades, le premier paiera la visite entière, les autres demi-tarif.

8° Le paiement des honoraires sera toujours fait par les soins du trésorier de la Société de secours mutuels, à condition que le médecin soignant un mutualiste ait avisé la Société dès le début de la maladie et se soit conformé à ses statuts et règlements. Une indemnité de recouvrement de 10 °/° sera consentie à la Caisse des Sociétés de secours mutuels au moment du paiement des honoraires par les médecins.

9° Une commission mixte, formée de médecins et de mutualistes, examinera les plaintes formulées soit contre les médecins, soit contre les sociétés, soit contre les sociétaires.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le diagnostic d'une roséole latente par la compression veineuse.

M. R. Horand, de Lyon, communique à la Société nationale de médecine les très curieuses observations qu'il a faites sur un malade porteur d'une roséole latente, dont il a pu faire la découverte par la compression veineuse faite à la racine d'un membre.

« Pour obtenir aisément la compression, l'hypertension veineuse et la dilatation des capillaires, il est facile de se servir d'un lien très souple de caoutchouc.

« Ce dernier doit être posé circulairement, sur la racine d'un bras par exemple, et maintenu pendant quelques minutes avec une pince hémostatique. On peut se servir également d'une bande de toile ou de tout autre lien.

« Le bras devient vite violacé, et les taches de l'éruption, qui pouvaient être latentes, deviennent apparentes, rouges, cuivrées et livides.

« Ce moyen bien simple a permis à M. Horand de diagnostiquer quelquefois une roséole alors que *même avec un verre bleu on ne pouvait l'apercevoir*.

« Dans certains cas d'éruptions papuleuses, chez une femme notamment du service de M. Jaboulay, il a vu se produire, en maintenant quinze minutes le lien élastique, outre une congestion intense des papules du bras, des pétéchies et des taches purpuriques sans gravité d'ailleurs. Ce qui indique combien sont fragiles les capillaires et les vaisseaux des syphilitiques, et qu'il faut toutefois être prudent dans l'application d'un lien élastique.

« Comment agit cette compression veineuse ?

« On trouve une explication simple et plausible dans ce fait que la compression des veines amène la réplétion des capillaires veineux et artériels, la dilatation et la congestion des territoires qui en sont tributaires. Or les macules de la roséole deviennent justement ces territoires des capillaires de la peau, formant de petits îlots sanguins hyperhémiés.

« Il n'y a donc rien d'étonnant que l'on puisse, en produisant artificiellement la congestion de ces capillaires, exagérer aussi l'hyperhémie des macules qui en dépendent. (*Lyon Médical.*)

« Cela est si vrai, et tel est si bien le mécanisme de ce procédé, que l'expérience inverse, la compression artérielle, montre au contraire une anémie de ces mêmes lésions, une disparition presque totale de l'éruption.

« La compression veineuse pourra peut-être trouver une application *dans le diagnostic précoce* d'autres éruptions sanguines non spécifiques. Ce petit moyen peut rendre de grands services dans un diagnostic hésitant, et puisqu'en clinique tous les moyens sont bons pourvu qu'ils soient simples, nous avons cru faire œuvre utile en le signalant aux praticiens. »

Les nouveaux sels d'argent en thérapeutique oculaire.

M. le Dr A. Darier s'occupe toujours avec persévérance de l'étude des sels d'argent et de leurs composés en oculistique ; il a réuni dans un nouvel ouvrage les résultats de ses recherches. Son but principal est de remplacer, si possible, le nitrate d'argent, caustique et dangereux à manier, par les sels organiques d'argent qui ne présentent aucun danger.

Le *nitrate d'argent* a une action bactéricide puissante, qu'il doit à son radical, l'argent, mais il a en même temps une action caustique violente qui lui vient de son acide azotique.

Il détruit superficiellement la muqueuse sans pénétrer dans sa profondeur.

Les *sels organiques*, au contraire, ont une action bactéricide profonde, sans être caustiques.

Ceci s'applique à tous les sels d'argent à base organique, à l'argentamine, à l'argonine, l'argine, itrol, actol, ichtargan, collargol, mais plus particulièrement au protargol et à l'argyrol.

Le collargol, tout en pouvant s'employer aussi en collyres, trouve ses indications particulières connues en frictions cutanées et en injections intra-veineuses.

Mais nous voulons, avec Darier, insister plus particulièrement sur le *protargol* et *l'argyrol*.

Leur teneur en argent par rapport à celle du nitrate (65 %) est de 30 0/0 pour l'argyrol et de 8 0/0 pour le protargol.

Outre leur qualité dominante, qui est de ne pas être *caustiques*, ils ont aussi celle d'être d'une application à peu près indolore.

Fait bizarre cependant, mais qui prouve que la teneur en métal est indifférente à la production de la douleur, le protargol, qui ne renferme que 8 0/0 d'argent est d'une application légèrement douloureuse, tandis que l'argyrol, qui en contient 30 0/0, ne produit aucune douleur à quelque dose qu'on l'emploie la solution. De même, des expériences en cours semblent devoir démontrer

que le protargol est légèrement plus bactéricide que l'argyrol.

Quoi qu'il en soit de leur défaut de causticité et de leur application indolore, il découle ce fait primordial qu'on peut les employer à forte dose et aussi fréquemment que l'on veut sans craindre aucun danger pour la cornée.

Les solutions de protargol doivent être faites à froid et conservées à l'abri de la lumière ; elles se détériorent rapidement ; c'est pour cela qu'il faut les faire préparer en petite quantité.

Mais le fait le plus important, et de beaucoup, dans l'emploi de ces collyres, c'est qu'on peut et qu'on doit les instiller très fréquemment. Ceci est surtout vrai pour l'ophtalmie purulente. L'innocuité d'application de ces collyres permet de les appliquer au moins toutes les heures de façon à obtenir un lavage presque continu des culs-de-sac en même temps que leur cautérisation.

A médicaments nouveaux, technique nouvelle, voilà ce qu'il faut bien savoir pour obtenir de bons résultats avec les nouveaux sels d'argent.

Ce qui importe dans le traitement de l'ophtalmie purulente, c'est d'empêcher la stagnation du pus et d'exercer une action bactéricide. Avec les solutions des nouveaux sels d'argent qui peuvent être mises en contact avec l'œil aussi souvent qu'il faut, sans crainte de léser la cornée, on obtient ce double résultat, très facilement, sans instruments spéciaux susceptibles de traumatiser la muqueuse oculaire.

Ce n'est pas à dire qu'il soit permis, dans les cas graves, de laisser à l'entourage la direction complète du traitement. Ainsi que le dit bien Darier, ce nouveau traitement est, au contraire, très minutieux, il exige des soins de chaque instant que l'oculiste doit surveiller et appliquer lui-même au moins une fois par jour.

La question de dose n'a pas ici grande importance, puisque ces sels ne sont pas caustiques : de 5 à 20 pour cent suivant le nombre des applications prescrites dans la journée.

La gastro-entérite infantile

Le nourrisson est particulièrement prédisposé à la gastro-entérite, qui est le principal facteur de l'énorme mortalité du premier âge. Comme l'a dit M. Marfan, cette prédisposition tient à ce que l'enfant naît avec un tube digestif inachevé, capable de digérer seulement un aliment spécial préparé par la nature, le lait, et d'ailleurs mal défendu contre l'infection et l'intoxication.

L'éminent praticien divise les causes efficientes en quatre groupes :

Ce sont d'abord les gastro-entérites dyspeptiques résultant d'une élaboration vicieuse de la matière alimentaire, soit parce que l'enfant a été suralimenté, soit parce qu'il a reçu trop tôt ou sans discernement des aliments autres que le lait, d'où développement d'une intoxication et d'une infection endogène. Ce sont ensuite les gastro-entérites infectieuses primitives (infections ectogènes), qui succèdent à l'introduction de bactéries par la voie buccale, le lait de vache en étant le plus souvent le vecteur. Enfin la gastro-entérite peut reconnaître une origine toxique ou bien être secondaire à une maladie infectieuse.

D'autre part, les recherches bactériologiques ont montré combien variée est la flore intestinale chez l'enfant au biberon et combien abondantes sont les substances fermentescibles.

De ces données succinctes, il résulte, tant pour le traitement que pour la prophylaxie de la gastro-entérite, deux indications capitales :

1° Combattre ou empêcher les accidents toxiques par une alimentation mieux choisie, mieux réglée, plus rationnelle (ici interviendront selon les cas la diète hydrique, l'usage du babeurre, etc.) ;

2° Mettre l'intestin à l'abri des fermentations anormales et des pullulations microbiennes par une antisepsie intestinale énergique, tout en n'étant point irritante pour une muqueuse fragile.

Pour répondre à cette indication, il est un agent médicamenteux dont les faits cliniques viennent unanimement prouver l'efficacité puissante: c'est le goménol, essence végétale pure qui, en se basant sur le tableau de Miquel, prend place parmi les substances très fortement antiseptiques et qui de plus, présente. même sur celles dont la puissance lui est inférieure (thymol, phénol), les avantages de la non-toxicité et de la non-causticité.

Le mode d'administration qui assure les résultants les plus constants et les plus rapides — au point de juguler généralement en 48 heures l'entérite la plus alarmante — est de recourir à la voie rectale, en combinant les lavements d'eau goménolée à 2 gr. % et d'huile gomenolée (à 50 %). On procède, deux à quatre fois par 24 heures, à de petits lavages de l'intestin avec de l'eau goménolée, et on les fait suivre de lavements de 3 à 5 cent. cubes d'huile goménolée à 50 %, envoyés assez profonds pour être gardés.

Qu'il s'agisse de catarrhe intestinal ou d'entérite infectieuse, ce traitement que, bien entendu, l'on associera au régime convenable, est, nous le répétons, d'une surprenante efficacité : on voit les selles perdre leur coloration verte caractéristique et diminuer de fréquence ; on voit rétrocéder les symptômes généraux, tels que la fièvre, les phénomènes nerveux, les modifications urinaires ; bref, l'infection s'atténue de façon progressive et rapide, les fermentations exagérées cessent, et, de pathologique, la flore de l'intestin redevient normale.

Le goménol peut encore être administré d'une autre façon, que d'aucuns préfèrent : c'est de le mélanger directement au lait que doit ingérer l'enfant. Deux à quatre gouttes de goménol pur par biberon sont une chose suffisante. Le lait doit être pur et écrémé. On sait qu'un procédé analogue a été préconisé par le Dr H. de Rothschild, qui acidifie le lait en l'additionnant d'acide lactique Le goménol, dont les effets sont tout aussi favorables, a l'avantage d'agir à moindre dose et d'être d'un emploi plus facile.

Enfin, s'il s'agit de troubles gastro-intestinaux survenant chez des enfants nourris au sein, il est un moyen précieux et particulièrement simple d'utiliser son action : c'est de faire prendre à la nourrice des capsules de goménol ou des glutinules d'huile goménolée. Le médicament, en s'éliminant par la sécrétion mammaire, est ainsi porté dans le tube gastro-intestinal de l'enfant et le débarrasse des poisons qui l'encombrent.

Sous quelque forme qu'il soit administré, le goménol répond donc à toutes les conditions

d'une active antisepsie interne. S'il se montre supérieur à tant d'autres médications, c'est qu'il n'est point un produit de synthèse, mais au contraire, un médicament simple, recueilli tel que la nature le produit, et, par suite, ne se prêtant, dans l'intimité de l'organisme, à aucune métamorphose chimique qui en puisse atténuer les propriétés natives.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le Pr agrégé Méry.

Purpura infectieux et purpura rhumatoïde.

Enfant de 3 ans 1/2, entré à l'hôpital pour des saignements de nez intenses et répétés. On ne trouve dans ses antécédents qu'une rougeole, guérie depuis trois semaines environ. Au moment de son admission, le petit malade est dans l'état suivant : le facies est pâle, des ecchymoses se voient çà et là sur les bras, les cuisses, les poignets. Une épistaxis se produit pour laquelle on pratique une injection hypodermique d'ergotine : cette injection est suivie d'une large ecchymose, au lieu même de la piqûre. Je vous dirai tout à l'heure combien il faut être sobre, d'une manière générale, d'injections sous-cutanées dans les cas de ce genre, leurs résultats locaux étant plutôt fâcheux et leurs effets hémostatiques souvent insuffisants : ici, en effet, les épistaxis ont continué malgré l'injection d'ergotine. L'enfant avait des selles noires ; il était difficile d'établir s'il fallait les attribuer au sang venu du nez et dégluti, ou s'il fallait les considérer comme relevant d'hémorrhagies intestinales ; la première hypothèse paraissait de beaucoup la plus probable. De plus, on notait une hyperthermie accusée, l'enfant ayant 40° le soir. Pendant près de deux semaines et jusqu'à ces jours derniers, la température s'est maintenue élevée, allant à 40°, 40°4 parfois, le soir, avec des chutes matutinales importantes. Aujourd'hui, sous l'influence d'un traitement approprié (jus de citron, chlorure de calcium à l'intérieur, tamponnement des fosses nasales à l'adrénaline), l'enfant va bien : ses selles sont redevenues normales, les épistaxis — symptôme qui avait été le plus sérieux — ont cessé, la fièvre est disparue. Il eût été intéressant de voir si le caillot était rétractile. Vous savez que, dans les purpuras infectieux et dans la maladie de Werlhof, le caillot ne se rétracte pas, alors qu'il se rétracte, au contraire, dans le purpura rhumatoïde. Cet examen n'a pas été fait. Aujourd'hui, le petit malade conserve simplement quelques reliquats de son affection, de la pâleur des téguments et des muqueuses, des ecchymoses aux avant-bras, aux cuisses, etc.

En résumé, il s'agit d'un purpura fébrile, qui a comporté des hémorrhagies, des ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-cutané, avec, comme accident véritablement prédominant, des épistaxis. Si nous cherchons à établir un diagnostic, nous pouvons éliminer d'abord les purpuras secondaires, aucune maladie antérieure purpurigène n'ayant paru exister. Nous avons donc à chercher dans les purpuras primitifs. Il en existe, je vous le rappelle, trois variétés principales : le purpura rhumatoïde, le purpura infectieux et la maladie de Werlhof.

Je ne m'arrêterai pas à la maladie de Werlhof, qui est tout à fait différente, qui ne s'accompagne pas de fièvre, et dont l'évolution est chronique. Restent le purpura rhumatoïde et les purpuras infectieux.

Le *purpura rhumatoïde* peut être fébrile et débuter brusquement. Il comporte un trépied symptomatique particulier, savoir : des manifestations gastro-intestinales, des douleurs articulaires et des hémorrhagies cutanées.

Les phénomènes abdominaux (crises douloureuses, vomissements) sont quelquefois très marqués, au point que l'on se demande alors si l'on n'est pas en présence d'une appendicite au début. Ces troubles précèdent le plus souvent l'éruption cutanée, ce qui rend les hésitations plus grandes. J'ai vu, dans un cas, le diagnostic rester suspendu pendant 48 heures : le chirurgien se tenait prêt à opérer... lorsque le purpura apparut. Dans d'autres circonstances, les symptômes abdominaux sont moins marqués et passent même au second plan. Fréquemment, encore, on observe une sorte de balance entre le purpura et les troubles gastro-intestinaux, l'un commençant quand les autres cessent et réciproquement.

Les symptômes douloureux articulaires du purpura rhumatoïde sont plutôt des arthralgies. On peut noter là, également, une sorte d'alternance entre les douleurs rhumatoïdes et l'éruption purpurique.

L'éruption, dans le purpura rhumatoïde, est spéciale. Elle est dermique, superficielle, maculeuse ou légèrement papuleuse. Elle est étendue, symétrique, et siège principalement sur les membres du côté de l'extension, à la face interne des cuisses.

Le purpura rhumatoïde n'entraîne que des troubles généraux assez bénins. C'est une maladie peu pyrétique, dans laquelle la fièvre n'est pas aussi marquée que dans le purpura infectieux. Les hémorrhagies viscérales sont rares. Elles peuvent se produire, cependant, du côté des reins en particulier (hématuries).

Le purpura rhumatoïde guérit assez facilement en général, bien qu'il n'en soit pas toujours ainsi. Il est susceptible de devenir sérieux, non par l'intensité de la fièvre, mais par cachectisation ; ses formes inquiétantes sont celles à durée prolongée, à hémorrhagies persistantes.

L'examen du sang, dans cette affection, montre un caillot normalement rétractile. Dans le purpura infectieux, même léger, le caillot n'est pas rétractile.

Le *purpura infectieux* comporte des variétés cliniques diverses : certaines sont rapides, foudroyantes, d'autres ont une moindre gravité. Il est une forme typhoïde, à fièvre élevée, avec stupeur, dépression du patient. Nous ne pouvons pas

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

LES EAUX-BONNES

Indications thérapeutiques.

La station thermale des Eaux-Bonnes est l'une des plus fréquentées des Pyrénées ; il n'en est pas dont les applications soient plus nettement définies. Malgré leur réputation ancienne dans le traitement externe des plaies et blessures (eaux d'arquebusade), on y traite aujourd'hui presque exclusivement les maladies chroniques des voies respiratoires. Les Eaux-Bonnes possèdent, en effet, au plus haut degré l'action anticatarrhale sur la muqueuse aérienne et l'action résolutive sur les altérations néoplasiques du parenchyme pulmonaire.

De là leur application dans les rhinites catarrhales et coryzas chroniques avec ou sans ulcérations de la pituitaire, — les angines chroniques avec ou sans bronchorrée, l'emphysème pulmonaire et l'asthme compliqué de catarrhe, la pleurésie et la pneumonie chroniques, dont notre médication thermale fait souvent résorber les exsudats dans un temps rapide, la neurasthénie, la tuberculose pulmonaire.

Les Bordeu, au siècle dernier, et, à une époque plus récente, Andrieu, Darralde, Gueneau de Mussy, Pidoux, ont fait de cette médication l'une des plus précieuses que nous possédions.

Bordeu avait observé et décrit l'action reconstituante de ces eaux et le « remontement général » de l'économie qu'elles déterminent souvent chez les « pulmoniques ». Pidoux mit particulièrement en lumière leur efficacité remarquable contre la susceptibilité catarrhale des bronches, leur influence résolutive sur les néoplasies tuberculeuses, notamment sur celles dont l'origine se rattache à l'herpétisme, à l'arthritis ou à la scrofule ; enfin, il démontra leur valeur prophylactique chez les sujets prédisposés à la tuberculose, par l'hérédité. Les recherches récentes sur la genèse de la granulation tuberculeuse, et d'autre part la démonstration de son origine parasitaire, ont éclairé le mécanisme de l'action résolutive et reconstituante signalée depuis longtemps. Ces résultats sont aujourd'hui bien confirmés, et c'est un des faits les mieux établis dans la thérapeutique thermale que la rapidité avec laquelle s'amendent et se guérissent aux Eaux-Bonnes les catarrhes et les engorgements pulmonaires, notamment chez les herpétiques, les lymphatiques et les scrofuleux. La durée des effets obtenus n'est pas moins remarquable, et, en ce qui concerne les affections catarrhales, l'immunité complète est très fréquente pendant l'hiver qui suit la cure.

Cependant, l'action notablement stimulante de ces eaux ne permet pas d'y envoyer indistinctement tous les phtisiques, et il importe de bien préciser certaines contre-indications. Il faut en exclure d'une manière absolue la phtisie aiguë non circonscrite ; dans la phtisie circonscrite il faut attendre, pour recourir au traitement thermal, que la maladie soit dans un de ces temps d'arrêt qui séparent les poussées ; les complications cardiaques graves, la diarrhée chronique, la fièvre hectique sans rémission matinale, sont autant de motifs d'abstention.

Quant à l'hémoptysie, à moins qu'elle ne soit récente et liée à une de ces poussées actives qui caractérisent l'envahissement, elle n'est pas une contre-indication : elle a été longtemps la préoccupation dominante des malades et des médecins qu'elle détournait d'une médication utile, mais elle n'est vraiment à redouter que pour ceux qui méconnaissent les précautions nécessaires en cours de traitement et qui ne savent éviter ni les irrégularités dans le régime, ni les courses exagérées dans la montagne, ni l'excès dans le dosage des eaux.

Si grande que soit l'efficacité du traitement thermal, il ne faut pas méconnaître l'influence auxiliaire du milieu, de l'altitude et du climat. Tous les ans, en dehors des malades proprement dits, un certain nombre de personnes délicates se rendent aux Eaux-Bonnes comme aux stations estivales des Alpes, et y retrouvent, après quelques semaines de séjour, une grande activité fonctionnelle de la respiration, de la digestion et de la locomotion. Une altitude de 750 à 800 mètres, le voisinage immédiat de la forêt, les caractères essentiels du climat du Sud-Ouest qui s'y retrouvent à un degré très marqué, tout cela constitue les éléments fondamentaux d'une véritable cure d'air dont les effets utiles s'ajoutent à ceux de la cure thermale et rendent aussi les plus grands services dans le traitement de la chlorose, des anémies et des diverses formes de la neurasthénie.

Aménagements hygiéniques.

Les progrès hygiéniques réalisés dans notre Station la mettent, sans conteste, à l'un des premiers rangs.

La disposition particulière de la ville, bâtie sur un terrain incliné, assure un prompt écoulement des pluies et prévient toute humidité du sol. En temps de sécheresse, de nombreux ruisseaux et des appareils bien desservis permettent un arrosage bi-quotidien des rues et places.

Un torrent, la *Sourde*, a été canalisé à six mètres sous terre ; il traverse la ville d'un bout à l'autre et forme un égout collecteur unique par la rapidité de ses eaux qui déferlent sur une pente de près de 0 m. 50 cent. par mètre.

L'alimentation hydraulique, complètement refaite, fournit avec la plus grande abondance, dans toutes les maisons, une eau de source captée à son point d'émergence et par suite à l'abri de toute contamination possible.

Un service de désinfection fonctionne sous la surveillance de l'Administration locale, du Corps Médical et des délégués du Pouvoir Central.

Tous ces perfectionnements sanitaires nous ont valu les félicitations de plusieurs membres du comité consultatif d'Hygiène de France et des très nombreux médecins qui ont visité notre station.

A la recherche de tous les progrès, la Ville est depuis longtemps éclairée à l'électricité, ainsi d'ailleurs que tous les Hôtels, Maisons meublées et Villas.

Comme amélioration des plus intéressantes, il faut signaler aussi l'installation dans la montagne de nombreux abris-solaires (sun-box) pour la cure d'air ; ils offrent cette particularité d'être montés sur pivot et de se prêter aisément à toute orientation désirée par le malade. Les buveurs trouvent d'autre part, à Eaux-Bonnes, les distractions habituelles des Stations balnéaires : casino, théâtre, musique, *la Promenade Horizontale* (regardée comme la plus merveilleuse des Pyrénées), fêtes de tous genres, dans les limites propres à les distraire sans les fatiguer.

Durée de la Saison. — La saison officielle s'ouvre le 15 mai pour ne finir que le 15 octobre ; la saison, de fait, dure quatre mois, du 1er juin au 1er octobre, le printemps et l'automne étant des époques très favorables à la cure thermale.

Les médecins ont droit à la cure thermale.

dire que le malade actuel soit atteint de purpura infectieux typhoïde Nous le rangeons plutôt dans une autre forme : le purpura subaigu. Chez lui, il ne s'agit pas, en effet, d'un purpura rhumatoïde ; nous ne trouvons aucun des éléments symptomatiques de ce dernier (absence de phénomènes gastro-intestinaux, absence de douleurs articulaires, différences dans l'éruption qui est ecchymotique et non pétéchique). En outre, la température a été plus élevée qu'elle ne l'est habituellement dans le purpura rhumatoïde.

Notre malade doit donc être classé dans le purpura infectieux, à type subaigu. Le pronostic de son état paraît assez bon, malgré la nature infectieuse de l'affection.

Je vais vous parler maintenant du traitement de ces purpuras. Auparavant, toutefois, je désire vous présenter quelques observations de purpura « rhumatoïde », celui que l'on rencontre le plus communément dans nos salles.

Voici l'observation d'un enfant de 13 ans, entré dans le service en 1902. Il se plaignait de troubles abdominaux, diarrhée, vomissements, sans fièvre. C'était un purpura rhumatoïde apyrétique, avec hémorrhagies intestinales tenaces. Nous avons employé chez cet enfant une thérapeutique que je tiens à vous signaler.... pour ses inconvénients ! Nous avons fait une injection sous cutanée de sérum gélatiné qui a été l'occasion d'un désastre local : elle fut suivie d'ecchymose, de sphacèle, et d'une ulcération de la largeur de la paume de la main dont la cicatrisation fut très longue à obtenir. Ce petit malade eut des poussées successives de purpura, toujours précédées de crises douloureuses sous-ombilicales. Il eut également des hémorrhagies intestinales persistantes, qui durèrent deux mois et demi. Il finit par guérir. D'une manière générale, d'ailleurs, même dans ses formes sérieuses, le purpura rhumatoïde n'a pas une terminaison fatale. Je me rappelle un seul cas où, à la suite d'une perforation intestinale, le malade mourut.

Autre observation. Purpura rhumatoïde avec hématuries. Celles ci sont relativement communes dans le purpura rhumatoïde, et elles sont quelquefois très tenaces. Je les ai vues se prolonger, une fois, au-delà d'un an, le petit patient étant sorti de l'hôpital non guéri. C'est là, il est vrai, une exception, car, à moins de lésion rénale antérieure, l'hématurie persiste ordinairement beaucoup moins longtemps.

Traitement :

Il comprend, en premier lieu, un régime qui s'adapte à tous les purpuras : c'est le traitement antiscorbutique, les aliments frais, le lait cru au début, la viande crue plus tard (comme tonique), le jus de citron, le jus d'orange, par cuillerées,

Parmi les médicaments, le plus utile est le *chlorure de calcium*, que Carnot a recommandé à titre d'hémostatique général et qui souvent procure de bons résultats. Selon Appert, son action n'est réelle que s'il y a rétractilité du caillot ; il est moins efficace dans le cas contraire. On le donne à doses variables — 1 gr. 50 en moyenne pour les enfants — dans du julep gommeux ou du sirop d'écorces d'oranges. On formule, par exemple :

Chlorure de calcium	1 gr. 50
Julep gommeux	60 gr.

ou :

Chlorure de calcium	1 gr. 50
Sirop d'écorces d'oranges. }	āā 30 gr.
Eau distillée .... }	

Petit détail à retenir : ne pas faire prendre le chlorure de calcium avec le lait, ce médicament coagulant la caséine en gros blocs et entravant sa digestion.

Habituellement, l'effet hémostatique apparaît lorsqu'une certaine quantité de chlorure de calcium a été absorbée, 8 grammes environ, soit au 3e ou 4e jour.

L'ergotine peut, parfois, être utile. On la prescrira en potion ou, exceptionnellement, en injection hypodermique. L'injection sous-cutanée ne doit être employée qu'avec beaucoup de prudence chez les malades atteints de purpura. Elle détermine, en effet, des ecchymoses assez longues à guérir. On ne s'y adressera que s'il y a absolue nécessité.

Le sérum gélatiné est à rejeter. Je ne crois pas beaucoup non plus à l'action hémostatique générale du perchlorure de fer : ce dernier n'est guère indiqué qu'à titre local, contre les hémorrhagies des voies digestives.

De même, les effets à distance de l'adrénaline me paraissent très incertains, mais ce médicament est avantageux dans l'épistaxis Pour ce qui est de l'extrait hépatique, préconisé par Gilbert, je l'ai trouvé inefficace dans un cas de purpura accompagné d'hémorrhagies intestinales.

Le chlorure de calcium reste donc le seul agent médicamenteux vraiment à retenir de cette thérapeutique générale. On y joindra les méthodes locales appropriées. Plus tard, pour combattre l'anémie du patient, on donnera du fer (du protoxalate de fer) et de la viande crue.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

NOTES DE PRATIQUE

La cure marine

III. — LES BAINS DE MER.

Comment doit-on prendre un bain de mer ? Voilà une question qui, tous les ans, au début de la saison, est posée aux médecins du littoral. Il est à remarquer qu'elle a son importance pour les enfants, les malades, les souffreteux et même pour les personnes en bonne santé.

Il est bon, pour les malades surtout, de s'accoutumer deux à six jours à l'air marin avant d'aborder le bain. Cette période est nécessaire à l'acclimatement et suffit à empêcher chez les déprimés et les nerveux, chez les enfants excitables, certains phénomènes d'intolérance qui se manifestent par du rhume, de la congestion de la gorge, de la fatigue du tube digestif, de l'excitation nerveuse, de la courbature, de l'insomnie. Il est même bon quelquefois d'éloigner de la mer les enfants, de les mener vers la campagne et de les abriter de la brise.

Les premiers bains seront pris, de préférence, par beau temps et mer calme, entre dix heures du matin et cinq heures du soir. Une mer trop forte ou la pluie empêcheraient la réaction de se produire et pourraient déterminer un mouvement fébrile léger. Pris trop tôt le matin, au moment

où la peau, tout imprégnée encore de la chaleur du lit, présente une sensibilité trop grande pour le froid. avant que le soleil n'ait dissipé les buées et tiédi l'atmosphère, le bain présente un avantage problématique. Que si l'on attend trop tard le soir, l'humidité de l'air et sa basse température, au moment de la condensation des vapeurs, le défaut de la lumière solaire ne sont pas non plus sans inconvénient.

L'heure de beaucoup la plus favorable est celle de la mer montante, quand le flot approche de son maximum de hauteur. A ce moment, en effet, le sable, tiédi par le soleil, cède de sa chaleur à la masse liquide, principalement près du rivage où son épaisseur est moindre, et diminue la différence de température qui existe entre l'air et l'eau.

Le bain peut se prendre à jeun ou bien deux heures après un repas léger ou bien trois ou quatre heures après un repas copieux. Pour les adultes, le choix du moment préféré a moins d'importance que pour les enfants, chez lesquels il arrive très souvent que la réaction se fait moins bien à jeun qu'une heure ou deux après un repas léger.

La manière d'aller au bain n'est pas indifférente non plus. Quand on se prépare à entrer dans l'eau, il est important de ne pas avoir froid. Il faut donc marcher un peu, se donner quelque exercice ; on acquiert de la sorte une plus grande résistance au froid parce qu'on a accumulé préalablement plus de chaleur et la réaction se trouve, de ce fait, facilitée.

On doit se jeter à l'eau d'un seul coup. sans hésitation et n'y pas entrer timidement et lentement, ce qui prolonge le frisson initial. La pratique vulgaire en vertu de laquelle on se jette de l'eau sur la poitrine avant l'immersion et qui veut qu'on ne doit se mouiller que progressivement est au moins inutile. En un mot, que ceux qui savent nager plongent tout le corps d'un seul coup dans la mer et que ceux qui ne savent pas nager courent rapidement au devant du flux et, quand ils ont de l'eau à moitié le corps, qu'ils se mettent à genoux, la tête inclinée en avant et reçoivent en cette position le choc de plusieurs lames ; ensuite qu'ils avancent pour s'immerger rapidement ; qu'ils se donnent du mouvement, changent de place, exposent successivement à la vague les diverses parties du corps et qu'ils évitent enfin de sortir et de rentrer alternativement. De la sorte l'action stimulante produite par la température fraîche de l'eau et par les éléments excitants qu'elle tient en suspension se trouvera doublée de la véritable douche-massage que le baigneur saura se procurer.

Il est généralement facile d'obtenir que ces précautions soient prises par les adultes. Chez les enfants pusillamines ou non habitués à la mer qui ont une tendance à n'entrer dans l'eau que lentement, en se mouillant avec hésitation et peu à peu, d'abord les jambes puis le tronc, il est bon que les parents ou un baigneur veillent à ce qu'il en soit autrement en vue du frisson à éviter ou à atténuer. Pour eux surtout, un bain mal pris peut être un bain nuisible. Il faut donc ou bien leur faire pratiquer l'*affusion* qui consiste à leur verser sur la tête un ou deux seaux d'eau en leur prescrivant de s'avancer et de s'accroupir afin de se mouiller complètement, ou bien leur faire faire le *plongeon*, c'est-à-dire que. les ayant pris sur les bras et s'étant avancé jusqu'à la ceinture, on les enfonce horizontalement entre deux eaux une ou plusieurs fois.

La durée du bain est variable suivant l'âge, suivant la saison, suivant la température de l'eau et l'état de l'atmosphère. suivant que l'on sait ou que l'on ne sait pas nager. Pour les enfants, deux à cinq minutes suffisent. Dix minutes sont une limite extrême que, même avec de l'accoutumance, les plus âgés ne peuvent pas toujours atteindre. Au début, ils devront se contenter de deux ou trois plongeons, « *Three dips and out* » et même pour les plus jeunes, pour les sensibles et les nerveux, est-il préférable d'utiliser, au commencement de la cure, les fosses, les creux dans le sable, baignoires naturelles où l'eau de mer séjourne et se réchauffe.

A Berck, les bains d'enfants sont ainsi réglés : au-dessous de quatre ans, pas de bains froids ; de quatre à dix ans, bains de deux à trois minutes ; au-dessus de dix ans, bains de trois à cinq minutes.

Les adultes peuvent prendre des bains de cinq à dix minutes, voire de dix à vingt minutes et même dépasser vingt minutes s'ils sont bons nageurs. Toutefois un bain qui dépasse vingt minutes semble être sans utilité : c'est le plus souvent non un moyen thérapeutique mais un sport qui engendre de la fatigue. D'une façon générale et invariable, on peut dire que si le premier frisson qui se produit au début doit être non seulement négligé mais encore vaincu, il ne saurait en être de même du second, de celui qui se produit au bout de cinq, dix ou quinze minutes et qui est le signal de la sortie si l'on veut éviter un cercle douloureux autour du front, une douleur en casque, un grelottement avec chair de poule et peau verdâtre, tous symptômes qui indiquent une réaction compromise ou impossible.

Après le bain, sortir rapidement de l'eau et rejoindre prestement sa cabine sans s'arrêter, pour éviter le contact de l'air, à causer au bord de l'eau comme on le fait quelquefois. La cabine doit être aussi près que possible sur la grève, pour peu qu'elle soit éloignée, se couvrir d'un peignoir de flanelle pour s'y rendre. S'habiller rapidement après un essuyage qu'il est inutile de pousser à fond. Il est préférable de ne pas se couvrir de vêtements chauffés mais il est très recommandable à tous ceux qui font une cure marine de porter des vêtements de laine. Si l'on éprouve une sensation de froid persistante, friction sèche, ou bien à l'alcool ou à l'eau de Cologne. Si les pieds ne se réchauffent pas, il faut prendre un bain de pieds chaud. Si enfin c'est nécessaire, se sustenter au moyen de bouillon, d'une infusion aromatique chaude, le thé chaud, grog léger ou lait. Pour terminer, faire une promenade à pied jusqu'à ce que l'on sente que la réaction se fait d'une façon normale c'est-à-dire que l'on éprouve une sensation de douce chaleur à la peau accompagnée d'un sentiment de bien-être général. Autant que possible, ne pas faire de course en voiture et, surtout, ne jamais aller s'enfermer dans un café.

Quand, avec toutes ces précautions prises, le baigneur, après son bain, continue à grelotter; quand il survient de la courbature, de la fatigue, de l'inappétence, de l'excitation avec insomnie, c'est ou bien que le bain a été trop prolongé ou qu'il y a intolérance. Dans le premier cas, les bains à prendre seront plus courts. Dans le second, une cessation au moins momentanée s'imposera.

Le nombre des bains à prendre doit être d'un par jour. Parfois quand il fait très chaud ou quand le séjour au bord de la mer est très limité, on peut prendre deux bains, un le matin et un autre l'après-midi, mais dans ce cas ils seront diminués de durée et encore cette pratique demande-t-elle la plus grande prudence si l'on ne veut pas voir se perdre en partie le bénéfice escompté de la cure. Quarante ou cinquante bains par saison paraissent être suffisants. Pourtant nombre d'auteurs et de de praticiens en recommandent jusqu'à soixante, soixante-dix et plus.

Dr L. Viaud.

MÉDECINE PUBLIQUE

A propos des vaccinations et revaccinations.

Qu'il s'agisse de la *loi sur la santé publique* ou de l'avenir des *sérums*, la question des vaccinations est toujours d'actualité.

Au sujet de la vaccination jennérienne, nous voudrions parler de quelques particularités qui accompagnent l'opération et l'éruption vaccinale. Il en est de plusieurs ordres et plus nombreuses qu'on ne pense.

Dermatoses post-vaccinales. — M. J. Darier (*Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 15 novembre 1904) a signalé un cas de dermatose post-vaccinale en placards, simulant l'urticaire pigmentée. Nous avons observé chez un enfant de 20 mois, qui au moment de la vaccination, le 1er octobre 1894, n'avait aucune affection cutanée, des placards d'un rouge accentué, bien limités, indurés, à bords saillants, sur le bras gauche. Autour des pustules du bras droit, il s'est développé des placards semblables *six mois* après la vaccination. Ces derniers placards ont fourni de la sérosité et ont pris l'aspect d'un eczéma. Le vaccin détermine parfois une poussée d'impétigo ou d'érythème et peut provoquer certaines dermatoses.

Erythèmes scarlatiniformes. — Le 21 mai 1895, nous vaccinons une enfant de quatre mois. Six piqûres, six pustules. Le huitième jour de l'éruption, qui n'avait été accompagnée d'aucune lymphangite autour des piqûres, apparaît aux joues, aux mains, aux pieds, dans le dos, sur les épaules, au lieu de vaccination, un érythème scarlatiniforme sans intervalle de peau saine qui, une heure après ma visite, s'étendait à toute la surface du corps, sans aucun espace libre. L'état général était satisfaisant, la température de 37°4. En deux jours, l'éruption disparaissait, sans produire de desquamation.

Le 3 juin de la même année, nous sommes appelé auprès d'un enfant de 13 mois, vacciné par une sage-femme huit jours auparavant. L'enfant était couvert d'une éruption scarlatiniforme généralisée intense et par plaques, aux membres, au tronc, moins accentuée aux extrémités où il existe des intervalles de peau saine. Rien dans la gorge ; bon état général, absence de fièvre, pas de lymphangite autour des pustules vaccinales. Disparition de l'éruption en deux jours, sans desquamation.

Un autre enfant de quatre mois, dans la même année, est atteint le sixième jour de quelques plaques érythémateuses dans le dos.

Réfractaires. — La plupart des enfants vaccinés sans succès une première fois sont vaccinés avec succès à la séance suivante. Nous appelons réfractaires les enfants qui ont été vaccinés sans succès, *au moins trois fois*, à une semaine d'intervalle, et qui n'ont pas eu — ni leur mère — la variole ou la varioloïde.

Nous avons vacciné quatre fois un enfant dans l'intervalle de sa troisième à sa cinquième année, par grattage, avec un vaccin qui avait réussi sur d'autres — sans aucun résultat.

Certains enfants revaccinés une fois, deux fois et plus, n'ont souvent et finalement qu'une pustule, mais il ne faut pas se lasser de vacciner pendant plusieurs semaines consécutives d'abord, puis en laissant un intervalle de quelques mois après chaque insuccès. De cette façon il est rare que le vaccin ne prenne point dans les deux premières années.

Pourtant le cas que nous venons de citer n'est point exceptionnel, car nous pourrions en noter quatre, d'enfants réfractaires jusqu'à quatre ans, et même un cas jusqu'à six ans, malgré le procédé de vaccination par râclage soigneusement pratiqué.

Certaines années, et cela tient évidemment à diverses causes, nous rencontrons 4 à 5 % d'insuccès dans les vaccinations.

Lorsque, dans une vaccination, il ne se produit qu'une pustule vaccinale, les parents demandent souvent le septième jour, si cette pustule est suffisante. Devant leur doute, nous avons vacciné de nouveau, soit avec la lymphe vaccinale du sujet à pustule unique, soit avec du vaccin de génisse, mais les nouvelles piqûres ont rarement donné des résultats.

Pourtant on en obtient. Ainsi un enfant de huit mois, vacciné le 10 mai 1900, n'ayant qu'une pustule est revacciné le 17 mai et cinq nouvelles pustules apparaissent.

Une autre enfant de onze mois n'ayant qu'une petite pustule à la suite d'uue vaccination est revaccinée huit jours après. Pas de nouvelles pustules, mais la première prend un développement anormal. Il en est de même chez un autre enfant âgé de sept mois ; un autre, âgé de dix-huit mois, vacciné le 17 octobre 1900, pour la troisième fois, n'offre que trois petites pustules sur dix piqûres.

En général, chez les réfractaires, les pustules sont petites et se développent comme *à regret*. L'éruption se fait lentement, avec un retard de trois ou quatre jours et l'on n'obtient qu'une ou deux pustules petites avec ombilication moins prononcée. Chez une enfant de quinze mois, l'éruption n'a eu que le 14e jour les caractères qu'elle présente habituellement au 7e. Dans un cas, les piqûres ont donné lieu à des pustules de faux vaccin. Dans un autre cas de revaccination au 7e jour d'un insuccès, nous avons remarqué une éruption rapide, avancée, comme si la première vaccination avait dû se produire tardivement, aucune papule n'existant néanmoins au moment de la revaccination.

Chez un enfant âgé de trois ans, portant des traces de variole discrète remontant à environ un an, nous avons obtenu quatre pustules vaccinales.

Succès également chez un autre de dix-sept mois et une de deux ans qui *auraient* eu une varioloïde, le premier il y a un an, et le second il y a quatre mois.

En 1887, nous avons vacciné un enfant d'un an à la période de dessiccation de pustules de varioloïde bien nette, et l'éruption s'est faite normalement.

A côté de ces cas, nous signalerons deux insuccès : chez un enfant de dix mois et chez un autre de sept ans après une varioloïde datant de un mois.

Pourquoi certains enfants sont-ils réfractaires ? Cela tient vraisemblablement à la disposition du sujet, puisque, dans les mêmes conditions de vaccin et de procédé vaccinal, il prend la deuxième, la troisième ou la quatrième fois.

Pullulation vaccinale. — L'enfant V..., Albertine, huit mois, n'offrant rien de particulier sur le corps au moment de la vaccination, présente, lors de l'évolution vaccinale, une cinquantaine de pustules disséminées sur tout le corps qui nous ont paru être plutôt de nature vaccinale que de nature impétigineuse. N'ayant pu revoir l'enfant, nous n'avons pu préciser le fait, de sorte qu'il est assez difficile d'affirmer qu'il s'agit de pullulation plutôt que de dermatose post-vaccinale.

Chez les enfants qui ont la peau saine, la pullulation vaccinale est possible. Ainsi une enfant de cinq semaines, en excellent état, a été vaccinée le 1er juin 1886. Trois piqûres sur chaque bras ; une pustule à gauche, deux à droite. Le 15 juin, chacune de ces pustules, énorme, est entourée d'un cercle presque regulier, composé d'une dizaine d'autres pustules formant un pâté de croûtes vaccinales de la surface d'une pièce de deux francs. Autour de ces pâtés de croûtes, une dizaine environ d'autres pustules vaccinales, plus petites, à différents degrés d'évolution, correspondant au 4e, 5e, 6e, 7e, 8e jours de l'éruption vaccinale normale. A deux centimètres du nombril, à gauche, large pustule au 8e jour entourée d'une large auréole inflammatoire. Pustule du même genre au-dessus du gros orteil gauche. Les bras sont rouges et gonflés. L'enfant, élevé au sein, ne paraît pas souffrir, et guérit bien. Toutes les pustules avaient les caractères des pustules vaccinales. Nous avons revu l'enfant en 1892, et nous avons pu nous rendre compte qu'il n'y avait pas eu confusion de notre part, et qu'il s'agissait bien d'éruption vaccinale, ayant laissé des cicatrices caractéristiques. Sur les bras et les épaules, la pullulation vaccinale a laissé de larges cicatrices gaufrées avec petits arcs de cercle se coupant les uns les autres sur la surface atteinte. Au premier examen, ces surfaces offrent l'aspect d'une cicatrice de brûlure.

L'enfant S.... Louise, huit mois, vaccinée le 22 mai 1894, revue le 29, est atteinte en même temps que l'éruption vaccinale d'une éruption généralisée varioliforme. — 250 à 300 pustules. Certaines sont petites et d'autres se rapprochent très distinctement de la forme type. Les unes sont vésico-pustuleuses, d'autres sont déjà croûteuses, certaines sont ombiliquées. Le 19 juin, presque toutes ces pustules laissaient des cicatrices plus ou moins larges.

Un enfant de 4 mois, T.... Pierre, est vacciné le 1er juin 1886. Le 15 juin, les pustules vaccinales sont sèches et offrent les croûtes caractéristiques à ce moment. La mère vient me consulter pour des ulcérations de l'anus chez cet enfant dont la peau était saine lors de la vaccination. Les ulcérations anales, au nombre de deux, offrent les caractères des pustules vaccinales au 8e jour. L'enfant guérit bien. Traces peu apparentes dans la suite.

Beaucoup d'enfants impétigneux nous sont présentés et, malgré la contre-indication, nous avons été parfois dans l'obligation de vacciner.

Nous avons très rarement observé une éruption vaccinale généralisée ou secondaire. L'évolution s'est faite comme chez les enfants exempts de maladies cutanées.

Cependant en 1889 l'enfant J.... Pierre, un an, atteint d'eczéma sec aux deux bras, a eu quelques pustules supplémentaires sur ses deux bras en dehors de celles qui provenaient des piqûres et de même caractère.

Même année, un enfant de 10 mois, R... Emile, atteint d'eczéma impétigineux à chaque épaule, a eu des pustules de vaccin secondaire sur chaque épaule où il avait été pratiqué trois piqûres.

L'épaule gauche et la région de l'omoplate ont été couvertes d'une vingtaine de pustules. A droite il y en avait une dizaine. L'enfant, revu trois ans plus tard, présentait bien partout les cicatrices caractéristiques du vaccin.

Le 13 mai 1880, on nous amène, pour être vaccinée, l'enfant T... Valentine, âgée de vingt mois. Il y a trois ou quatre mois, cette enfant se trouvait en pleine éruption d'impétigo. L'épaule droite fut d'abord atteinte ; puis la joue, l'oreille, le front, l'épaule et le bras du côté gauche furent ensuite envahis. Aujourd'hui l'impétigo de l'épaule droite est guéri, les croûtes tombées et l'éruption du côté gauche commence à sécher. Il ne reste plus guère qu'une peau rouge, lisse, un peu luisante.

Trois piqûres sont faites sur chaque bras, sur la peau *saine*.

Le 22 mai, les pustules de vaccin au niveau des piqûres sont desséchées et présentent une croûte brune ; mais l'épaule gauche, le côté gauche de la face, l'oreille gauche, le front et une partie du cuir chevelu du côté gauche sont envahis par une éruption de pustules vaccinales, déprimées à leur centre, confluentes, remplies d'un liquide jaunâtre, purulent. Il y en a environ un cent. Les parties envahies sont gonflées, les paupières du côté gauche, sur lesquelles il n'existe pas de pustules, sont infiltrées ; fièvre, langue saburrale. Ajoutons que l'épaule droite offre quelques pustules analogues, mais beaucoup plus rares et que l'enfant a parfaitement guéri.

Vaccination par contact. — Ce qui rend la dernière observation intéressante, c'est que, le 28 mai de la même année, la nourrice de l'enfant s'est présentée à ma consultation avec de la fièvre, du gonflement de la joue gauche et une superbe pustule de vaccin au niveau de l'apophyse zygomatique de cette joue, plus gonflée il y a quelques jours qu'aujourd'hui.

Cette pustule date de huit à neuf jours. Il ne m'a pas été possible de vacciner un sujet qui ne l'eût pas encore été avec la lymphe de cette pustule, mais il s'agit bien d'une pustule vaccinale, car plus tard j'ai revu cette femme qui présente sur la joue gauche la cicatrice vaccinale avec ses caractères particuliers. Cette femme avait été vaccinée une fois dans sa jeunesse et n'avait pas été revaccinée.

Il est bien certain que des cas de pullulation vaccinale ne sont dus qu'au contact. C'est une auto-inoculation.

Aussi, l'enfant T.... Râoul, neuf mois, vacciné le 25 mai 1897, présente la semaine suivante une pustule vaccinale au côté droit du menton, probablement due au contact.

Chez l'enfant D.... Marie, trois mois, nous trouvons aussi une pustule vaccinale sur la joue gauche et au lobule de l'oreille gauche, produites aussi probablement par contact.

C'est pour cette possibilité de pullulation vaccinale et d'auto inoculation par contact que l'on peut poser la question : *Vaut-il mieux vacciner à la jambe qu'au bras ?* — Ainsi l'enfant B.... Marie, âgée de 13 mois, a été vaccinée à la campagne, à la cuisse. Nous la voyons trois semaines après. Par frottement, écoulement, dissémination et transport de lymphe vaccinale, il s'est produit une pustule au genou gauche, six pustules à chaque mollet et deux à la tète.

Le bras serait donc préférable à un autre endroit, chez les enfants, parce que la pullulation par dissémination de la lymphe n'est pas aussi facile.

Retard dans l'évolution. — Nous avons fréquemment observé un retard de quatre jours sur l'évolution normale chez des enfants de tout âge et en toute saison.

Pustules secondaires. — On pourrait ranger ici trois observations d'enfants que nous avons données au chapitre des réfractaires.

Nous citerons, en plus, un jeune homme de vingt ans, revacciné par piqûre qui a présenté trois pustules ayant gardé jusqu'au dixième jour l'aspect qu'elles avaient au quatrième et qui se sont ensuite éteintes. Revacciné quinze jours plus tard par deux grattages, il s'est produit deux pustules de faux vaccin.

Le 2 septembre 1879, nous avons vacciné un enfant avec du vaccin de génisse et obtenu une seule pustule sur six piqûres. A la prière de la mère, nous revaccinons l'enfant de bras à bras huit jours après : cinq nouvelles pustules apparaissent sur cinq piqûres. Les caractères de ces pustules n'étaient pas exactement les mêmes que ceux des pustules vaccinales. L'ombilication était moins prononcée et la dimension moins grande.

Une petite fille de onze ans, non vaccinée, G.... Louise, est vaccinée avec la lymphe de ces pustules: pas d'éruption. Vaccinée avec de la lymphe prise sur des pustules normales d'autres sujets, il n'y a non plus aucun succès. Comme je l'ai appris dans la suite, cette petite avait eu la *variole noire*, à l'âge de 18 mois, variole qui n'aurait pas laissé de trace. Nous pensons qu'il s'agissait plutôt d'une varicelle. Quoique notre contrôle n'ait pu être complet, nous pensons avoir affaire à des pustules secondaires.

Varicelle et vaccin. — Au bureau des postes du P... I..., nous visitons la famille D... le 28 décembre 1898, — père, mère, trois petites filles. — Marie, trois ans et demi est atteinte de varicelle ayant d'abord apparu au thorax. On compte environ 60 vésicules sur la surface du corps — légère aréole inflammatoire et légers symptômes généraux.

Marthe, cinq mois et demi, n'étant pas vaccinée, les parents ont peur et demandent à ce qu'elle le soit le plus tôt possible. Vaccinée le 1er janvier 1899, avec du vaccin déjà ancien, il y eut insuccès. Le 9 janvier, cette petite Marthe est atteinte de varicelle ainsi que sa sœur Jeanne, cinq ans et demi, qui présente une pustule au voile du palais. Peu de symptômes généraux.

Le 12 janvier 1899, tout le monde est vacciné avec du vaccin de génisse. Succès chez Madame, insuccès chez Monsieur, chez Jeanne et chez Marie. Chez la petite Marthe, l'éruption vaccinale s'est développée d'une façon normale, indépendamment de l'éruption varicellique, qui a suivi son cours normal.

Vaccination sur nævi. — En 1892, nous avons vacciné l'enfant D.... Camille, âgé d'un an, sur un nævus du front, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Nous n'avons fait qu'effleurer l'épiderme, en semis, sur la tumeur, et l'éruption s'est faite normalement.

L'essai, déjà tenté par un confrère, n'avait pas réussi, mais la petite tumeur avait, paraît-il, beaucoup saigné.

Nous avons eu huit autres succès sur neuf vaccinations ; en effleurant, en semis, quelquefois à deux ou trois reprises, à une semaine d'intervalle, l'épiderme des nævi situés à différents endroits du corps et qui ont disparu.

L'insuccès se rapportait à un nævus situé à la face antérieure et inférieure du bras droit, près du pli du coude et offrant les dimensions d'une pièce de cinq francs. Il était flasque, pâle au centre, comme soufflé. Il s'est développé quelques pustules à la périphérie qui ont rétréci les dimensions de la tumeur vasculaire de l'enfant.

Chez les enfants guéris, l'un d'eux, huit mois, portait un nævus sur le front de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

Un autre enfant, onze mois, portait sur l'épaule droite deux de ces tumeurs vasculaires de la grandeur de l'ongle du pouce : elles ont guéri après trois essais ; un troisième, portant sur la partie médiane du front, deux petites tumeurs du volume d'une merise, a été débarrassé de ces tumeurs violacées en une séance, par la vaccination sur les tumeurs.

En raison de la situation de certains de ces nævi qui pourraient devenir gênants dans la suite, nous croyons à l'importance de leur disparition.

Accidents divers. — Environ dix pour cent des enfants présentés à la vaccination sont atteints de néphrites ciliaires, de conjonctivites strumeuses, d'adénites, polyadénites et d'eczéma impétigineux en différents endroits du corps. Comme nous l'avons déjà dit, nous avons vacciné nombre d'enfants dans ces conditions, forcé par les circonstances.

Nous n'avons jamais eu d'accidents sérieux. Quelques cas de lymphangite des bras qui ont facilement guéri — dus à la malpropreté.

Pas d'érysipèle, aucun cas de maladie contagieuse propagée par la vaccination, pas de complication chez les enfants atteints d'abcès de la joue ou de l'extrémité du nez comme nous en avons vu deux cas, aucune complication phlegmoneuse.

Nous n'avons observé que quelques accidents relativement bénins de généralisation vaccinale chez les impétigineux dont les pustules vaccinales deviennent parfois énormes et eczémateuses. Chez des enfants qui ne paraissent point impétigineux, les pustules deviennent quelquefois impétigineuses et mettent un mois à se cicatriser.

En 1892, l'enfant B.... Flore, deux ans, adénopathique, en puissance d'impétigo, est vaccinée

sur chaque bras. Sur le bras droit, les pustules normales se sont compliquées d'éruption impétigineuse. Il s'est produit des ulcérations profondes avec lymphangite, gonflement énorme du bras, état fébrile, guérison laissant des cicatrices larges et assurément désagréables.

Chez un autre enfant, B..., Marie, cinq ans et demi, nous observons deux ulcérations de pustules vaccinales, l'une de la largeur de l'ongle du pouce, l'autre de la dimension d'une pièce de cinq francs, bourgeonnant, suppurant, avec aréole couenneuse, sans caractère spécifique. Ces ulcérations ont guéri sans avoir offert rien de grave quant à l'état général, ni immédiatement, ni consécutivement, laissant seulement deux cicatrices quelques peu difformes.

Comparaisons des succès chez les hommes et chez les femmes. — M. Chambon a observé, et nos observations confirment les siennes, qu'il y avait moins de succès chez les femmes que chez les hommes. Pourquoi ? Le fait est jusqu'ici inexplicable.

Influence des saisons. — Nous n'avons point de remarques spéciales à faire au sujet de l'influence de la saison froide sur les vaccinations, sauf parfois un peu de retard dans l'évolution vaccinale pendant l'hiver.

Nous voyons (*Gaz. des Hôpitaux*, 19 septembre 1895), que M. Marty, médecin-major de 1re classe, sur 8.521 revaccinations et fusionnant les mois, a moins de succès en août et septembre. La raison, dit-il, résiderait dans une modification du fonctionnement de la peau par la température. Il n'arrive toutefois à rien de concluant.

Revaccination des enfants et des gens âgés. — Il importe autant aux personnes âgées qu'aux jeunes de se faire revacciner, et à chaque apparition de la variole, lorsqu'on revaccine dans une famille, le médecin rencontre pourtant de la résistance chez les parents ou grands-parents. « Je suis bien trop vieille, dit l'aïeule de 80 ans, pourquoi craindrais-je la variole ? » Et combien de fois ne voit-on pas ces obstinées succomber à la variole ! Le dernier cas que nous avons observé, concerne une femme de 68 ans, Mme G..., morte le 17 septembre 1902, de variole hémorrhagique en quarante-huit heures, après avoir visité une fois sa fille atteinte de variole, puis transportée à l'hôpital dix jours auparavant.

Le Dr Saint-Yves-Mesnard n'a-t-il pas obtenu à la Salpêtrière, chez les pensionnaires de 90 à 100 ans, 100 0/0 de succès !

Importance de la qualité du vaccin. — Pour que les résultats des vaccinations et revaccinations soient complets et certains, il importe que le vaccin ait toutes les qualités nécessaires. Nous n'entendons parler que du virus vaccin en pulpe glycérinée, le procédé de vaccination de bras à bras, devant être abandonné et le procédé de vaccination directe de génisse à bras ne donnant plus autant de garantie que le vaccin *en pulpe* glycérinée, puisque l'on ignore les tares que peut avoir la génisse vivante. — Il y a longtemps que l'on s'est préoccupé de l'importance de la qualité du vaccin, que l'on a émis de temps à autre des doutes sur l'efficacité du vaccin de génisse, sur sa provenance, sa virulence, son âge, sa pureté au point de vue de l'absence de germes pathogènes. On se croit à l'abri de la variole si le vaccin ne prend pas et cela peut être une grave erreur : il faut, pour les revaccinations surtout, un vaccin irréprochable. M. de Parville n'a-t-il pas attribué l'épidémie variolique, pendant l'exposition de 1900, à la mauvaise qualité du vaccin ?

Sans entrer dans les détails de la récolte d'un bon vaccin, nous croyons qu'il est important de s'assurer de la virulence après la récolte par des essais sur l'enfant.

Pour être sûr de la pureté, de la virulence et de l'innocuité d'un vaccin, il faut s'entourer de toutes les précautions nécessaires. C'est par les soins d'asepsie, les essais sur l'enfant, l'autopsie de l'animal avant la distribution du vaccin, que l'on aura toute sécurité.

La virulence d'un bon vaccin peut durer longtemps en tube sans faiblir ; au bout d'un an nous avons eu autant de résultats qu'après quinze jours, avec un même vaccin bien récolté.

Mais la virulence d'un vaccin peut s'atténuer en dehors de sa durée en tube, c'est-à-dire que sa virulence propre diminue et s'atténue en inoculant le même vaccin de génisse à génisse pendant trop longtemps. Il faut renouveler le vaccin. En inoculant le nouveau vaccin à la génisse, on rendra la virulence à la pulpe vaccinale.

La question des vaccins, de leur qualité, de leur récolte, comme la question de la technique opératoire, est complexe à plus d'un titre.

Nous ne voulons faire qu'un rapprochement, mais la dernière épidémie de variole de 1893-94, bénigne il est vrai, ne serait-elle pas imputable au défaut des revaccinations et aussi à la diminution de virulence du vaccin de génisse dans les revaccinations pratiquées ?

1er juin 1906. Docteur COURGEY.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Modifications au tarif des honoraires médicaux des accidents du travail.

Le ministre du commerce, de l'industrie et du travail, Vu l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905 ; Vu l'article 1er de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, fixant le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail prévu par l'article 4, paragraphe 2, de la loi du 9 avril 1898 précitée, modifié par celle du 31 mars 1905, ledit article ainsi conçu : « Le prix de la visite faite au domicile du blessé qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, est fixé à 2 fr. « Il est élevé à 2 fr. 50 : 1° à Paris ; 2° dans les localités où il serait reconnu, après enquête, qu'antérieurement à 1901 le prix courant de la visite pour les ouvriers traités dans lesdites localités était égal ou supérieur à 2 fr. 50. La désignation de ces localités sera faite par arrêté ministériel, après avis de la commission spéciale prévue à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, sur la demande qui en serait adressée au ministre du commerce, au plus tard dans les trois mois de la publication du présent arrêté, par les syndicats médicaux ou par les associations locales de l'Association générale des médecins de France, par les groupements professionnels patronaux intéressés. « Il est réduit à 1 fr. 50 : 1° dans les localités comptant moins de 5.000 habitants ; 2° dans

les localités, quelle que soit leur population, où il serait reconnu, suivant les formes et conditions spécifiées à l'alinéa précédent, qu'antérieurement à 1901, le prix courant de la visite pour les ouvriers était inférieur ou égal à 1 fr. 50 » ; Vu les demandes produites en vue de l'application des dispositions susvisées : Vu les enquêtes faites sur les demandes remplissant les conditions spécifiées à l'article 1er précité ; Vu les avis de la commission instituée par arrêté du 20 mai 1905, et spécialement celui par lequel, à l'unanimité, elle estime que, dans l'esprit qui a dicté les dispositions transitoires susénoncées, il serait désirable d'élever à 2 fr. le prix de la visite dans les localités de moins de 5.000 habitants visées au paragraphe 1° du troisième alinéa de l'article 1er pour lesquelles il a été reconnu que le prix courant de la visite était supérieur, antérieurement à 1901 ; Sur la proposition du directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales. Arrête :

Art. 1er. — Est arrêtée ainsi qu'il suit la liste des localités dans lesquelles le prix de la visite à domicile sera transitoirement élevé à 2 fr. 50 :

Alpes-Maritimes : Nice ; *Calvados* : Lisieux ; *Charente* : Angoulême ; *Eure* : Evreux, Vernon ; *Gironde* : Bordeaux ; *Hérault* : Cette ; *Isère* : Vienne ; *Loire* : Firminy, Le Chambon-Feugerolles, Roche-la-Morlière, Saint-Etienne ; *Loire-Inférieure* : Nantes ; *Maine-et-Loire* : Saumur ; *Orne* : Laigle ; *Rhône* : Caluire-et-Cuire, Lyon, Oullins, Villeurbanne ; *Saône-et-Loire* : Digoin ; *Seine* : Alfortville, Asnières, Aubervilliers, Boulogne-sur-Seine, Champigny, Charenton, Clichy, Colombes, Gennevilliers, Issy-les-Moulineaux, Ivry-sur-Seine, Joinville, Levallois-Perret, le Perreux, les Lilas, Maisons-Alfort, Malakoff, Montrouge, Nanterre, Nogent-sur-Marne, Noisy-le-Sec, Pantin, Saint-Mandé, Saint-Ouen, Vanves, Villemonble, Vincennes, Vitry-sur-Seine ; *Seine-Inférieure* : le Havre, Rouen ; *Seine-et-Marne* : Melun ; *Seine-et-Oise* : le Raincy, le Vésinet, Mantes, Rambouillet, Versailles, Villeneuve-Saint-Georges ; *Deux-Sèvres* : Thouars ; *Somme* : Amiens.

Art. 2. — Est arrêtée, ainsi qu'il suit, la liste des localités dans lesquelles le prix de la visite à domicile sera, transitoirement, réduit à 1 fr. 50 :

Aisne : Bohain, Saint-Quentin ; *Meurthe-et-Moselle* : Lunéville ; *Nord* : Anzin, Armentières, Denain, Dunkerque, Haumont, la Madeleine-lez-Lille, le Cateau, Lille, Maubeuge, Roubaix, Tourcoing, Watrelas ; *Pas-de-Calais* : Arras, Boulogne-sur-Mer, Hénin-Liétard, Saint-Omer.

Art. 3. — Est arrêtée, ainsi qu'il suit, la liste des localités dans lesquelles le prix de la visite à domicile sera, transitoirement, fixé à 2 fr. :

Ain : Sathonay ; *Ardennes* : Dom le-Mesnil, Flize, Haybes ; *Aude* : Saint-Laurent-de-la-Cabrerisse ; *Drôme* : Anneyron, Bourdeaux, Montmeyran, Moras, Saint-Sorlin ; *Eure* : Broglie, Brosville, Bourth, Breteuil-sur-Iton, Charleval, Claville, Conteville, Epaignes, Francheville, Gaillon, la Croix-Saint-Leuffroy, la Ferrière-sur-Risle, Mainneville, Rugles, Sainte-Barbe-sur-Gaillon, Saint-Pierre-de-Bailleul, Tillières-sur-Avre, Verneuil ; *Eure-et-Loir* : Toury ; *Gironde* : Ambès, Cestas, Gauriac, Gradignan ; *Indre-et-Loire* : Ballan, Esvres, Fondettes, Joué-les-Tours, Monnaie, Montbazon, Noisay, Reugny, Rochecorbon, Saint-Martin-le-Beau, Saint-Paterne, Sorigny, Veigné, Vernou-sur-Brenne, Vouvray ; *Isère* : Allevard, Barraux Chapareillan, Crolles, Décines-Charpieu, Domène, Goncelin, le Péage-de-Roussillon, le Thouvet, Meyrieux, Pont-Evêque, Saint-Ismier ; *Loire* : Maclas, Neulize, Pélussin, Saint-Martin-d'Estréaux, Saint-Symphorien-de-Lay, Villars ; *Haute-Loire* : Dunières. *Loiret*, Arthenay, Chaingy, Chambon, Ingré, la Chapelle-Saint-Mesmin, Ligny-le-Ribaut, Marcilly, Menestreau-en-Villette, Saint-Jean-de-la-Ruelle ; *Oise* : Balagny-sur-Thérain, Bury, Chantilly, Froissy, Hermes, Laigneville, Morienval, Mouy, Nogent-les-Vierges, Remy, Rully, Saint-Leu-d'Esserent, Saint-Maximin, Sacy-le-Petit, Verneuil ; *Orne* : Mortagne ; *Rhône* : Anse, Aveizes, Belleville-sur-Saône, Bron, Cublize, Denicé. Fontaines-sur-Saône, la Mulatière, Larajasse, Neuville-sur-Saône, Sainte-Colombe, Sainte-Foy-les-Lyon, Saint-Fons, Saint-Genis-Laval, Saint-Jean-d'Ardières, Saint-Lager, Tizy, Thurins, Vaulx-en-Velin, Venissieux.

Saône-et-Loire : Beaubery, Bois-Sainte-Marie, Bourbon-Lancy, Chalmont, Charolles, Chassigny-sur-Dun, Chauffailles, Chenay-le-Châtel, Cire-le-Noble, Coublanc, Cr nat, Fleury-la-Montagne, Gélenard, Gibles, Gueugnon, Iguerande, Joncy, la Chapelle-sous-Dun, la Clauette, la Motte-Saint-Jean, Ligny-en-Brionnais, Marcigny, Mélay, Martigny-le-Comte, Neuvry-grand-Champ, Oyé, Ozolles, Palinges, Paray-le-Monial, Perrecy-les-Forges, Poisson, Pouilleux, Rigny-sur-Arroux, St-Agnan, Saint-Bonnet-de-Jouy, Saint-Christophe-en-Brionnais, Saint-Julien-de-Civry, Saint-Maurice-lez-Châteauneuf, Salornay-sur-Guye, Semur-en-Brionnais, Sanvignes, Senozan, Toulon-sur-Arroux, Uxeau, Vendesse-sur-Arroux, Vendenesse-les-Charolles, Verosvre. *Savoie* : la Rochette ; *Seine* : Antony, Bry-sur-Marne, Châtillon, Créteil, Epinay, Sceaux ; *Seine-Inférieure* : Argueil, Aumale, Blangy, Croissy-sur-Andelle, Dampierre, Ferrières, Forges-les-Eaux, Foucarmont, Gaillefontaine, Gournay, la Feuillie, le Houlme, Londinières, Maromme, Neufchâtel, Réalcamp, Saint-Saëns ; *Seine-et-Marne* : Brie-Comte-Robert, Chartrettes, Cesson, Grisy, Ozouer-le-Voulgis, Suisnes ; *Seine-et-Oise* : Ablon, Andrésy, Angerville, Arpagon, Athis-Mons, Auvers-sur-Oise, Beynes, Bougival, Brunoy, Carrières-sur-Seine, Dampierre, Dourdan, Forges-les-Bains, Garancières, Garches, Gif, Herblay, Jouy-en-Josas, la Ville-du-Bois, le Chesnay, Limours, l'Isle-Adam, Louveciennes, Mandres, Méry-sur-Oise, Montesson, Montlhéry, Mours, Neauple-le-Château, Orsay, Orgerus, Palaiseau, Pierrelaye, Presles, Saint-Chéron, Savigny-sur-Orge, Thoiry, Vaucresson, Verrières-le-Buisson, Villiers-sur-Marne, Vigny ; *Deux Sèvres* : Coulonges-sur-l'Autize, Mauze-Thouarsais, Thénezay ; *Var* : Saint-Zacharie, *Vendée* : Angles, Nieul-sur-l'Autize, Vouvant ; *Vienne* : Bouresse, Chaunay, la Roche-Posay, Lencloître, Loudun, Lhommaizé, Saint-Léger-de-Montbrillais, Sommières-du-Clain ; *Vosges* : Vittel.

Paris, le 26 juillet 1906.

Le ministre du commerce, de l'industrie et du travail,

Gaston Doumergue.

(Extrait du *Journal officiel*.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex.

Procès-verbal de la réunion du 24 juin 1906, tenue à Aix-les-Bains ; présidence du Dr Ballivet.

Étaient présents : les Drs Ballivet, Bondet, Boudin, Brandstetter, Carron, César, Dechoudans, Dumarest, Françon, Héritier Manjot, Mathieu, Rochette, Saint-Pierre, Nicolaenkoff, Kaplan.

Sont admis comme membres du Syndicat, les Drs Nicolaenkoff, de Gex, présenté par le Dr Balli-

-vet et le Dr Chabert ; le Dr Kaplan, de Genève, présenté par le Dr Ballivet et le Dr Boudin.

Conférence du Dr Gassot.

En termes éloquents, le Dr Gassot expose le but et les avantages du Concours Médical et de ses filiales, à la création desquelles le conférencier a si puissamment contribué.

Il explique la Société civile du « Concours Médical », société d'études des questions professionnelles, qui, par le canal de son journal, tient le monde médical au courant de la pratique médicale journalière et des questions de défense professionnelle. Il s'attache à faire ressortir combien est utile la lecture de cette publication qui, chaque semaine, nous rend compte des luttes entreprises ou qu'on doit entreprendre pour l'amélioration de l'existence du médecin, en même temps qu'un chapitre de correspondance renseigne gratuitement chacun sur toute question de jurisprudence ou autre relative à la vie de tous les jours.

Puis c'est l' « Amicale », caisse de secours pour la maladie, grâce à laquelle un médecin jusqu'à 65 ans peut toucher dix francs par jour, pendant 2 mois, pour toute incapacité de travail occasionnée par une maladie ou par un accident de quelque nature qu'il soit, et toucher 1.200 francs par an, lorsque la maladie est chronique (combinaison A).

Ou bien, c'est l'assurance ci-dessus, mais plus étendue, que donne la combinaison C, en ce sens qu'à 65 ans d'âge le participant touche une retraite de droit de 1.200 fr. par an, avec possibilité de voir les sommes versées être rendues à ses héritiers, par une contr'assurance, dans le cas du décès avant l'âge de la retraite. La cotisation, bien plus faible que celle des Cies d'Assurances similaires, est fixe et calculée suivant l'âge d'entrée.

C'est la « Caisse des Pensions de Retraite » devant assurer une rente viagère à 60 ans d'âge, moyennant une cotisation annuelle inférieure aux primes des Compagnies d'assurances, avec combinaisons multiples permettant l'accession de l'œuvre à toutes les situations.

Le conférencier insiste sur les avantages assurés par le traité qui lie ces deux sociétés de prévoyance à l'Association générale des médecins de France. L'Amicale, comme la Caisse des Pensions, conservent leur autonomie tout en devenant les caisses de prévoyance de l'Association générale et celle-ci vient en aide, de la manière la plus discrète, aux membres que des difficultés passagères où la gêne empêchent de verser leurs primes, les garantissant ainsi contre les rigueurs nécessaires des statuts.

C'est le « Sou Médical » qui, pour la faible cotisation de 20 fr. par an, assure à ses adhérents les consultations juridiques gratuites par des avocats de la Cour d'Appel de Paris ou de la Cour de Cassation, la garantie pécuniaire des frais d'un procès pour des faits professionnels et enfin une garantie de 2.000 francs en cas qu'un client grincheux ne s'avise de demander des dommages-intérêts à son médecin.

Le conférencier expose enfin les avantages du « Patronage médical », association confraternelle, destinée à faire participer les médecins aux bénéfices de l'exploitation d'eaux minérales ou de produits hygiéniques de premier ordre et d'efficacité bien contrôlée.

La Société, propriétaire d'actions ou de parts, assure à ses membres un intérêt de 3 fr. 50 par part de 50 fr. (7 %) et une indemnité de droit aux confrères âgés de 50 ans après dix années de participation, indemnité qui constitue ainsi une sorte de retraite.

De la discussion qui suivit, on peut conclure qu'il n'est nullement contraire aux règles de la déontologie d'adhérer à une œuvre de ce genre, pas plus qu'il n'est déshonorant pour un médecin de posséder des actions d'une Compagnie quelconque.

Le Patronage ne s'occupe pas des produits pharmaceutiques.

Il y a d'ailleurs une grande différence entre cette œuvre, dirigée par des médecins offrant toute garantie, et ces réclames qu'on reçoit chaque jour pour des produits sans valeur lancés par des entreprises sans contrôle.

Inutile de dire qu'à la suite de cette conférence, le Dr Gassot reçut la meilleure des félicitations; ce fut de voir les confrères lui prouver qu'ils avaient compris l'utilité de ces diverses Caisses en donnant de suite leur adhésion.

Loi sur les accidents du travail.

Le Dr Boudin rappelle que le tarif ministériel du 30 septembre 1905 sera bientôt révisé. Il expose donc qu'il est de *toute urgence* que chaque confrère lui envoie, avant le 1er octobre : 1° toutes ses doléances au sujet de ce tarif ; 2° un certificat du maire de sa commune ainsi libellé ; « Je soussigné ...... Maire de....... certifie qu'il est à ma connaissance et de notoriété publique que le prix de la visite simple faite par des médecins aux ouvriers et à leur famille dans la commune de ..... est au minimum de...., francs, non compris les frais de déplacements fixés par l'usage à 1 franc le kilomètre à l'aller et que ce prix est pratiqué depuis une époque antérieure à 1901. »

3° La preuve des pertes subies par le médecin du fait du tarif officiel en mettant à la charge du blessé une partie des frais qui sont, par suite, irrecouvrables.

De plus, en raison de la nombreuse correspondance que le secrétaire a dû échanger avec des syndiqués qui actionnaient en justice des patrons et Cies d'Assurances récalcitrants au point de vue des notes à payer, le Dr Boudin expose la ligne de conduite à suivre pour mettre à la raison ces débiteurs de mauvaise foi.

A) Tout d'abord est illégal, en vertu de l'art. 4 de la loi du 31 mars 1905, le titre de médecin de la Cie X, titre qui, sous le prétexte d'assurer à un seul praticien tous les soins à donner aux clients de la Cie, cache un forfait et par suite une exploitation du médecin par trop crédule. Le malade a le libre choix de son médecin et celui-ci sera dupé s'il croit avoir, moyennant des rabais ou forfaits, la clientèle exclusive de la Cie d'Assurances.

B) Pour ses honoraires, le médecin doit ignorer la Cie d'Assurances ; il ne connaît comme débiteur que l'ouvrier blessé et le patron (loi du 31 mars 1905, art. 4) ; il doit donc envoyer sa note au patron seulement et jamais à la Cie d'Assurances. Le patron, s'il est assuré, s'arrangera ensuite avec les Cies d'Assurances.

C) En cas de contestations en justice, mettre hors de cause la Cie d'Assurances qui, légalement, n'existe pas pour nous.

Donc, si le patron se présente devant le tribunal, l'agent de la Cie d'Assurances ne doit interve-

nir aux débats qu'à titre d'avocat-conseil ou d'avocat plaidant du patron.

Si celui-ci fait défaut, l'agent d'assurances est tenu de montrer un pouvoir pour prouver qu'il est le mandataire du patron.

Deux cas peuvent se présenter :

a) Le médecin a été appelé par le patron, avec lequel il n'a signé aucun engagement. Le patron a donc pris par le fait même l'engagement tacite de payer les soins, comme l'y oblige le 2e paragraphe de l'art. 4 de la loi du 31 mars 1905. C est ici le droit commun, d'où application du tarif ouvrier du Syndicat.

b) C'est la victime et non le patron qui a fait appeler le médecin. Dans ce cas *seulement* (circulaire ministérielle du 30 septembre 1905), le patron n'est tenu des frais médicaux que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix, conformément au tarif ministériel du 30 septembre 1905.

Toute la question va donc résider en ceci : Que doit-on entendre par libre choix du médecin par la victime ?

Nous trouvons une réponse dans une décision du Juge de Paix de Reims en date du 15 juin 1904.

« Attendu que pour qu'il y ait choix du médecin par la victime au sens de cette disposition légale (art. 4, par. 2 de la loi de 1898), il faut nécessairement que le chef d'entreprise justifie non seulement qu'il a fait donner au blessé, immédiatement après l'accident, les soins médicaux et pharmaceutiques nécessités par son état, mais que de plus celui-ci ait refusé d'être traité par le praticien de l'entreprise ou déclaré vouloir être soigné par un médecin déterminé autre que celui qui lui était formellement offert par son chef d'entreprise.

« Qu'il ne saurait donc y avoir choix par la victime, au sens de la loi précitée, lorsque celle-ci, gravement blessée et bien souvent dans l'impossibilité de faire un pareil choix, reçoit les soins d'un médecin étranger à l'entreprise, ou, à défaut du praticien spécialement attaché à l'entreprise ou de désignation du médecin par le chef d'établissement, lorsqu'elle se fait traiter par un praticien choisi par elle sans opposition du chef d'industrie et que ce dernier accepte ainsi le traitement. »

De même, est responsable des honoraires le patron qui conduit chez le médecin son ouvrier blessé, réclame les soins nécessaires et ne déclare pas qu'il restera étranger au paiement des honoraires médicaux (Justice de Paix du canton de la Ferté-St-Aubin, 8 janvier 1903).

Une excellente consultation de Me Gatineau (*Concours médical* 1906, p. 126) combat un peu cette manière de voir en la trouvant trop absolue. Je renvoie d'ailleurs, pour le détail, à cette consultation. En tous cas, il est bon, pour chaque fait particulier, de s'entourer de tous renseignements utiles, vu la tendance par trop fréquente qu'ont les Compagnies d'Assurances, se substituant au patron, de ne vouloir régler des honoraires médicaux que contraintes et forcées par un jugement.

Dans tous les cas, même serait il prouvé que c'est la victime elle-même qui a fait choix de son médecin, celui-ci est toujours en droit de réclamer de son client, en l'espèce l'ouvrier, le montant intégral de ses honoraires et le juge de paix, dans la fixation de ces honoraires, pourra être appelé à faire la ventilation entre la part mise à la charge de l'ouvrier (Tribunal de paix du IIe arrondissement de Paris, 15 avril 1905, sur 25 francs réclamés, le patron n'a été condamné qu'à 15 francs et l'ouvrier a eu 10 francs à sa charge).

Comme conclusion, si le patron ne peut faire la preuve que c'est l'ouvrier qui a désigné son médecin pour le soigner, ce chef d'entreprise est tenu de payer intégralement les frais médicaux suivant le droit commun, les dispositions du 2e paragraphe de l'art. 4 de la loi du 31 mars 1905 n'étant pas applicables en l'espèce.

Si cette preuve est faite, le médecin doit présenter sa note intégrale à son débiteur, en l'espèce le blessé, sans avoir à s'occuper des règlements ultérieurs qui surviendront entre ce blessé et son patron, *alias* la Compagnie d'Assurances.

Service de la vaccination.

Plusieurs membres du Syndicat se plaignent de la mauvaise qualité du vaccin fourni par le laboratoire d'hygiène de Lyon. Certains même prouvent avoir eu des succès avec d'autres vaccins comme celui du Concours médical ou celui du Dr Chaumier alors qu'ils avaient eu antérieurement des échecs avec le vaccin lyonnais. En conséquence, le Syndicat prie son Président de présenter le vœu suivant au Conseil Général.

« Devant les nombreux insuccès éprouvés par l'emploi du vaccin lyonnais, le Syndicat demande à ce que la Préfecture s'adresse à un autre établissement vaccinal pour la fourniture du département. »

Abordant la question des honoraires, il est constaté que le mode actuel est défectueux, en ce sens que, dans nos pays de montagne, le médecin vaccinateur ne peut souvent payer une voiture avec la seule indemnité allouée en tout. Un tarif kilométrique et, en particulier, celui de l'Assistance médicale gratuite, est demandé, à savoir un franc par kilomètre à l'aller, plus une indemnité de 1 franc pour vaccination. Même tarif pour la séance de révision, pour l'indemnité kilométrique et 0 fr. 50 par certificat.

Le Syndicat demande encore à ce que les frais d'envoi du vaccin et les fournitures pharmaceutiques soient payées par les communes.

Enfants assistés du Rhône.

L'Assemblée émet le vœu que l'indemnité kilométrique à l'aller seulement soit portée de 0 fr. 50 à 1 fr. comme elle l'est pour l'Assistance médicale gratuite.

Congrès de l'exercice illégal de la médecine.

Le Dr Boudin rend compte de son mandat de délégué au Congrès. Il tient avant tout à montrer l'idée de solidarité qu'il a vue se dégager très nettement d'abord entre les différents groupements de médecins — l'Union des syndicats, le Concours médical et l'Association générale. Cette dernière, cédant à l'impulsion que lui donne son Président, le Pr Brouardel, aborde une ligne de conduite plus vivante et plus énergique en marchant maintenant avec les syndicats dans la lutte, puisque malheureusement il nous faut lutter pour défendre nos intérêts. Ce sont ensuite les médecins faisant cause commune avec les pharmaciens, dentistes, sages-femmes et unis-

sant leurs efforts dans le but de la protection professionnelle.

De nombreux rapports ont eté exposés et discutés, nombre de vœux ont été émis, tendant tous à faire préciser par la législation certains articles de la loi du 30 novembre 1892, pour rendre efficace et effective la poursuite contre les charlatans. Grâce à des auxiliaires précieux et dévoués en la personne des avocats conseils de nos groupements syndicaux, cette besogne a été menée à bien.

La conclusion en est la création d'un « Office central pour la protection de la santé publique par la répression de l'exercice illégal de la médecine ».

Cet office central composé de délégués parisiens et provinciaux devra mettre au point les vœux émis par le Congrès, les soumettre avec opportunité au corps législatif.

Enfin, son rôle le plus pratique sera de centraliser les plaintes, les dossiers, et laissant à chaque syndicat toute sa liberté et son autonomie pour rechercher et instruire les cas d'exercice illégal, l'Office Central n'interviendra que pour donner, par ses avocats conseils, une marche à suivre en justice et des consultations juridiques, et donner les secours pécuniaires nécessaires au Syndicat poursuivant pour mener à bien l'action judiciaire.

Election du Bureau.

Sont élus pour trois ans :
Président : Dr Ballivet, de Gex.
Vice-Président : Dr Levrat, de Nantua.
Trésorier : Dr Héritier, de Belley.
Secrétaire : Dr Boudin, d'Oyonnax.
Sont élus syndics pour un an.
Pour l'arrondissement de Belley : Dr Mathieu de Hauteville.
Pour l'arrondissement de Belley : Dr Dechoudans, de Saint Jean de Gonville.
Pour l'arrondissement de Nantua : Dr Rochette, de Brénod.

Après la séance, un banquet réunissait le Syndicat à quelques confrères d'Aix, qui nous ont accueillis d'une façon charmante et que nous tenons à remercier une fois de plus.

Le secrétaire.
Dr Boudin.

REPORTAGE MÉDICAL

L'œuvre coloniale des cures thermales françaises. — Arrivé le 21 juillet à Riom par l'express de 4 heures, le Ministre de la Guerre est parti aussitôt en automobile pour Châtel-Guyon où il allait prendre possession, au nom de l'Œuvre Coloniale des Cures Thermales Françaises, dont il est Président d'honneur, d'un terrain, merveilleusement situé à flanc de coteau au-dessus des bains, lequel vient d'être gracieusement concédé à l'Œuvre par la commune de Châtel-Guyon pour y bâtir une Maison de cure, un sanatorium thermal à l'intention des coloniaux malades de situation modeste ou nécessiteuse.

Après une visite aux établissements, dans laquelle il fut guidé par le Président de la Société des Eaux, M. le Dr Angelby, et où il eut l'occasion d'admirer la grande allure et l'habile ordonnance des nouveaux Thermes que l'on vient à peine de terminer, le Ministre a assisté, sur la terrasse du Casino, à un dîner de 25 couverts, offert par la Société des Eaux, et à une représentation de gala, où nombre d'artistes parisiens, en villégiature de santé à Châtel-Guyon, ont fourni aimablement de très agréables intermèdes.

M. Etienne, qui s'est montré absolument émerveillé de la beauté du paysage comme aussi du grandiose et de la perfection des installations hydrothérapiques, a paru particulièrement frappé de trouver à Châtel-Guyon une aussi nombreuse et aussi brillante assistance de Baigneurs et de s'en voir chaleureusement et sympathiquement acclamé. Aussi a-t-il promis de grand cœur de revenir l'an prochain assister à l'inauguration solennelle des grands Thermes et à la pose de la première pierre de l'Hôpital Colonial.

Faculté et Hôpitaux.

Un cours de perfectionnement comprenant 52 conférences théoriques et pratiques de clinique médicale et chirurgicale infantile aura lieu du 16 août au 15 septembre 1906 à l'hôpital des Enfants-Malades sous la direction de M. H. Méry, professeur agrégé, chargé de cours.

Les conférences seront faites par MM. Méry, professeur agrégé, A. Zuber, J. Hallé et Guillemont, anciens chefs de clinique médicale infantile, Grisel, Tridon, avec le concours de MM. Ed. Rist, médecin des hôpitaux, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau; B. Weil-Hallé, chef de laboratoire du service de la diphtérie, Félix Terrien, ophtalmologiste des hôpitaux, Cuvillier pour l'otolaryngologie et Larat pour l'électrothérapie.

Pour les examens de malades les élèves seront répartis en série de 10 sous la direction des internes de l'hôpital. Les conférences auront lieu tous les jours sauf les dimanches et fêtes, le matin à 10 h. le soir à 5 h.

La première conférence aura lieu le jeudi 16 août à 10 h. du matin, à la salle des cours de la clinique.

Programme des conférences ; Maladie des nourrissons: MM. Méry et Guillemot. — Maladies chirurgicales: MM. Grisel et Tridon. — Maladies de l'appareil circulatoire: M. J. Hallé. — Fièvres éruptives M. Terrien. — Maladies du sang et de l'appareil hématopoiétique : M. Rist. — Maladies de l'appareil respiratoire. M. Zuber. — Maladies du système nerveux : M. Armand-Delille. — Maladies des yeux M. Félix Terrien. — Maladies de la peau : M. J. Hallé. — Principes d'électrothérapie : M. Larat. — Maladies du nasopharynx et de ses annexes: M. Cuvillier. — Diphtérie M. Weil-Hallé. — Principes d'hygiène scolaire. M. Méry.

Il sera fait, les dimanches, des visites à la pouponnière de Versailles et au Lactarium, à Berck-s-mer, avec billets à tarif réduit, au service de la teigne à Saint-Louis, au service des enfants arriérés à l'hospice de Bicêtre.

Le droit à verser est de 100 francs. Un programme détaillé, avec dates et heures des différentes conférences, sera remis à chaque auditeur inscrit au début du cours. S'adresser à M. Armand-Delille chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

MM. Collinet, Rabé, et Béal, assistants de M. Castex, commenceront, le mardi 4 septembre 1906, à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole Pratique de la Faculté 15, rue de l'Ecole-de-Médecine) une série de 18 leçons de laryngologie, rhinologie et otologie avec présentation de malades. Ces leçons auront lieu tous les jours, excepté le dimanche, à 3 h. Les élèves inscrits seront exercés à l'examen et au traitement des malades de la clinique.

Le droit à payer pour ce cours est de 50 francs. Un certificat d'etudes est délivré aux élèves.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année | N° 33 | 19 AOUT 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un Document à conserver.

Nous avons publié, dans le dernier numéro du *Concours médical* (1), sous la rubrique « Chronique des accidents du travail », l'arrêté ministériel du 26 juillet 1906, pris en conséquence des réunions de la Commission du tarif accidents du travail tenues au cours du mois de juin dernier.

Il s'agissait de se prononcer sur les relèvement ou abaissement du prix de la visite dans certaines localités, après les enquêtes prévues par l'arrêté-tarif du 30 septembre 1905, en son article premier.

La Direction de l'assurance et de la prévoyance sociale s'était livrée à l'examen de tous les dossiers au préalable.

Pour la très grande majorité de ceux-ci, elle avait constaté l'accord des médecins, des assureurs, de l'administration, à reconnaître le prix de 2 fr. ou plus, pratiqué dans ces localités avant 1901, quel que fût le chiffre de la population.

La Commission, à l'unanimité, proposa donc de trancher la question, en ce qui concernait la grosse masse de ces localités, par l'avis que nous reproduisons en italiques. *Il assigne le prix de 2 francs en réponse aux demandes des communes dont les noms ne figurent pas dans la triple énumération qui constitue les 3 articles de l'arrêté.*

Vu les avis de la Commission instituée par arrêté du 20 mai 1905, et spécialement celui par lequel, à l'unanimité, elle estime que dans l'esprit qui a dicté les dispositions transitoires susénoncées, il serait désirable d'élever à 2 francs le prix de la visite dans les localités de moins de 5.000 habitants visées au paragraphe 1° du troisième alinéa de l'article 1er pour lesquelles il a été reconnu que le prix courant de la visite était supérieur, antérieurement à 1901.

La Commission examina ensuite, espèce par espèce, le cas des localités où les résultats de l'enquête paraissaient discordants. *L'arrêté les désigne nominativement, mais en bornant son énumération aux noms des communes où réside le médecin demandeur, le même prix s'appliquant aux communes qu'il visite avec l'indemnité kilométrique en plus, suivant la distance.*

Nous prions nos confrères de bien retenir ces observations et d'en conserver soigneusement le texte, en même temps que celui de l'arrêté nouveau.

Elles constituent, en effet, la réponse aux observations véhémentes de ceux qui s'étaient émus à la lecture de l'arrêté publié sans commentaires par l'« *Officiel* ». Et cette réponse fait autorité parce que la Commission fut unanime dans les décisions que nous venons de rappeler.

Il va sans dire que les prix nouveaux ne sont applicables qu'aux sinistres survenus après le 26 juillet 1906, de même que les précédents visaient les sinistres postérieurs au 30 septembre 1905.

Dr H. JEANNE.

(1) Voir n° 32, page 580.

LA SEMAINE MÉDICALE

La sérothérapie antivenimeuse de Calmette.

M. le Dr Henri Dalmon a consacré sa thèse à l'étude de la sérothérapie antivenimeuse des morsures de serpents.

Voici, d'après l'auteur, quelle doit être la conduite à tenir en présence d'une morsure venimeuse :

Si on intervient tout de suite après la morsure, on fait la ligature du membre, le plus près possible de la morsure, entre celle-ci et la racine du membre. S'il y a déjà quelque temps écoulé, la ligature est inutile.

On lavera la plaie avec une solution récente d'hypochlorite de chaux titrée ou à l'eau simple en faisant des compressions pour faire saigner. On injectera ensuite, en une minute, une dose de sérum antivenimeux (à déterminer, v. plus loin) dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen dans un des flancs avec aseptie d'usage, si on a le temps et les moyens de le faire, avec la seringue de Roux, de 10 cc. de capacité, tenue dans un état d'asepsie réalisé antérieurement. L'injection au niveau de la morsure, toujours douloureuse, n'est pas utile, on peut saupoudrer la plaie de sérum sec. Cette plaie réclame toujours un pansement aseptique contre l'infection qui est particulièrement facile.

Aussitôt après, on enlève la ligature et on frictionne le malade : thé, café, repos au lit sous des couvertures pour amener une sudation abondante.

Toute autre médication (ammoniaque, alcool, morphine, éther, cautérisation) est inutile ou même nuisible.

Dans les cas où l'intervention n'a pu être que très tardive et lorsque les phénomènes d'intoxication grave se sont déjà manifestés, il faut injecter le sérum, directement dans une veine, la médiane céphalique ou une veine de la dorsale de la main. Eviter les bulles d'air et les précipités d'albumine.

Il y a des circonstances où on peut être appelé à intervenir dans les plus mauvaises conditions, sans seringue ou avec un instrument défectueux. Il serait peut-être utile de faire absorber le sérum par la bouche.

Quatre ou cinq heures après que le blessé a reçu sa première dose de sérum, les symptômes inquiétants : douleur, excitation, nausées, délire, ne tardent pas à se dissiper et le lendemain tout rentre dans l'ordre.

Il est inutile de renouveler l'injection, à moins que les phénomènes généraux n'aient pas disparu après 4 heures.

Quelle dose de sérum à employer ?

La dose ordinaire pour nos Vipères est d'un gramme de sérum sec (1 tube) dissous dans 10 cc. d'eau, ou de 10 cc. de sérum liquide (1 flacon).

Dans les cas de morsures faites par des espèces exotiques, cette dose ne suffit pas, il faut souvent arriver à des doses énormes qui, d'ailleurs, ne produisent par elles-mêmes aucun accident. Ainsi Lamb, dans l'Inde, a obtenu 8 guérisons sur 11 cas de morsure par le Cobra avec des doses de 3 à 400 centim. cubes.

En tous cas, il ne faut pas oublier que, même en France, les morsures sont loin d'être innocentes ainsi que l'ont prétendu quelques-uns. Dans la statistique du professeur Viaud Grand-Marais (à Nantes), dix fois la mort a eu lieu dans les 24 heures, 26 du second au dixième jour et 12 du septième au vingt et unième. Trois blessés ont succombé à la cachexie au bout de plusieurs mois. Cette statistique porte sur 370 cas de morsures parmi lesquels 53 ont succombé ; les décès sauf deux dus à « Vipera berus », sont dus à « Vipera aspis ». Les enfants offrent la moitié des décès.

Sérothérapie de la rougeole.

Le *Journal de physiologie et de pathogénie générale* donne l'analyse d'un travail très documenté sur la sérothérapie de la rougeole. On a pu isoler, en culture pure, du sang de 60 sur 64 malades, le bacille rubéolique ; celui-ci se présente sous la forme d'un bâtonnet fin de 0 μ 5 de longueur, à extrémités obtuses, peu mobile, prenant bien toutes les couleurs d'aniline, surtout aux extrémités, se décolorant par la méthode de Gram, montrant à la coloration convenable deux ou trois cils. Il est peu stable et périt facilement à la température de 0° et au-dessus de 38°. Il pousse mieux à 37°5, dans le bouillon ou sur la gélose contenant des hématies hémolysées.

« Parmi les animaux (souris blanches, lapins, cobayes, porcins, chèvres, chevaux) auxquels l'auteur a inoculé les cultures du bacille, les cobayes se sont montrés les plus sensibles, les souris blanches insensibles. Les cobayes ont tous péri avec des phénomènes de septicémie, le lendemain de l'inoculation, avec 1 cc. d'une culture fraîche sur le bouillon. Si on fait passer la culture à travers trois ou quatre cobayes, ces animaux meurent déjà au bout de quatorze heures à la suite d'une inoculation de 0 cc. 2 de culture. A l'aide des inoculations successives au cheval et à la chèvre de cultures à doses progressivement croissantes, l'auteur a obtenu un sérum bactéricide, dont le pouvoir agglutinant est de 1/10.000, et qui, à la dose de 0 cc. 01, en injection préventive, neutralise 0 cc. 2 de culture, dose mortelle pour un lapin de 250 grammes.

» Ce sérum, que l'auteur a d'abord essayé sur lui-même pour s'assurer de son innocuité a ensuite été employé dans ce but thérapeutique dans vingt cas de rougeole, dont trois avec issue fatale, chez des enfants de différents âges et aux diverses périodes de la maladie. La dose employée était de 10 à 12 cc.

» Dans tous les cas, on observait, au bout de 2-6 heures, une élévation légère de la température (jusqu'à 0°5), suivie, 10-12 heures après l'injection d'une chute, qui atteignait 1°,5, 2° au bout de vingt-quatre heures. En même temps que la chute de la température, on voyait pâlir l'éruption et s'amender les phénomènes catarrhaux ; dans les dix-sept cas guéris, on voyait aussi une amélioration notable de l'état général des petits

malades. Dans les cas graves, avec lésions pulmonaires consécutives, ou autres complications, le sérum abaissait la fièvre et améliorait l'état général, sans toutefois avoir une action sur les complications mêmes, dues probablement à l'infection secondaire, à la symbiose bactérienne. L'auteur a fait aussi une vaccination préventive à quatre enfants dans une famille où deux autres enfants ont eu la rougeole, mais le résultat est resté négatif. Le sang des enfants atteints de rougeole agglutine le sérum de Lomialovsky (1 à 500-200) vers les 6e,7e jours après l'apparition de l'exanthème ; l'agglutination est négative à la période de la convalescence. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Hôpital Necker : M. le Professeur Guyon.

Les principes du cathétérisme thérapeutique.

Obtenir avec un minimum d'action mécanique le maximum d'effets modificateurs.

Les ressources thérapeutiques mises à notre disposition par le cathétérisme sont si nombreuses qu'on pourrait les qualifier de pain quotidien du clinicien, en matière d'affections des voies urinaires. C'est avec le cathétérisme que vous soignerez un grand nombre de vos malades. Vous le voyez tous les jours mis en œuvre dans nos salles et vous assistez à chacune de ses applications. Mais, ne l'oubliez pas, pour devenir un bon praticien, il ne suffit pas de regarder, ni même d'agir, il faut se pénétrer de principes fondamentaux puisés aux sources de l'anatomie, de la physiologie, normales et pathologiques, de la bactériologie, etc. Ce sont précisément ces principes, relatifs au cathétérisme thérapeutique, que je vais étudier devant vous aujourd'hui. Ils vous permettront de comprendre certaines propositions, en apparence paradoxales, que je répète volontiers tant elles sont importantes, telles, par exemple, les suivantes : « Pour nettoyer la vessie, on doit se garder de la remplir », et « pour dilater un urèthre, on doit éviter de le distendre ».

Le cathétérisme thérapeutique a deux buts : évacuer la vessie ou dilater l'urèthre. Il est, dans l'un et l'autre cas, modificateur. Je m'étendrai bientôt plus longuement sur ce point.

Quels instruments convient-il d'employer pour le cathétérisme évacuateur? Evidemment, des instruments creux. Métalliques ou non ? A cette question, vous pouvez hardiment répondre que l'usage des instruments métalliques ne saurait être ici qu'exceptionnel. D'une façon générale, on videra la vessie avec des instruments non métalliques, rendus, s'il est nécessaire, momentanément rigides à l'aide de mandrins courbes ou coudés. Autrefois, toutes les trousses comprenaient des sondes en métal. De nos jours, il n'en est plus de même, et, en vérité, on a bien fait de « détrousser » les trousses de ces instruments.

Les cathéters non métalliques sont en caoutchouc ou en gomme. Les premiers sont tout à fait souples; les seconds sont simplement flexibles, sans souplesse absolue.

Les sondes en caoutchouc ou en gomme (à béquille chez les prostatiques) constituent donc les instruments évacuateurs d'usage courant. Ils suffisent quand il s'agit d'évacuer de l'urine ordinaire. Si l'urine renferme du pus, des sécrétions muqueuses en abondance, des magmas, comme il arrive dans les affections vésicales anciennes, à plus forte raison des fausses membranes ou des caillots sanguins, ils sont habituellement insuffisants. Quelquefois, on peut se contenter de prendre une sonde flexible de calibre plus fort ; le plus souvent il ne faut pas s'en tenir là. La sonde molle fait, dans ce cas, un drainage médiocre, par ce qu'elle a des parois épaisses (d'où moins de lumière) et parce qu'elle n'a qu'un seul œil. La sonde réellement débitante doit avoir deux yeux. Les fabricants reprochent bien à ces deux yeux d'être dangereux, « agressifs », de pouvoir blesser les tissus : il n'en est rien si les rebords sont convenablement polis.

Lorsque vous avez une vessie renfermant des magmas, des caillots ou des membranes, servez-vous du videur métallique d'Heurteloup, construit avec deux yeux considérables. Le cathéter en place, faites l'aspiration du contenu vésical avec la seringue ; celle ci, plus puissante que l'aspirateur à graviers, lui est préférable. Vous appliquez sur le talon du videur le bec de la seringue et vous aspirez. On évacue de cette manière les vessies les plus remplies de sang, de caillots, de demi-solides. Toutefois, vous aurez rarement besoin, en pratique, d'avoir recours à ces instruments métalliques, d'aspect peu engageant pour le malade.

La sonde à demeure joue aussi un rôle capital dans le cathétérisme évacuateur : grâce à elle, vous triompherez de bien des infections graves.

Etudions maintenant l'instrumentation dans le cathétérisme dilatateur.

Ici, le canal est rétréci et plus ou moins irrégulier. Il faut, pour le traverser, des cathéters insinuants, à extrémité coniforme. Dans les cas difficiles, tenant à l'excentricité de l'orifice, la sonde à baïonnette rendra de grands services.

Pour le cathétérisme dilatateur, on fait usage d'instruments pleins. Lorsqu'un malade, atteint de rétention, a un rétrécissement, ne le sondez pas avec des cathéters creux. Donnez à l'urine un fil conducteur, elle trouvera son chemin entre celui-ci et le canal.

Le cathétérisme dilatateur est un moyen essentiellement modificateur : il agit par l'intermédiaire du contact de l'instrument. Ce dernier doit simplement trouver sa place dans la partie rétrécie, sans la distendre. La règle est de ne jamais pénétrer avec effort, de ne pas faire violence au canal. Aussi, ne croyez pas que vous ferez une dilatation plus rapide avec les instruments métalliques, parce qu'ils permettent plus de force. Ne croyez pas non plus que les instruments coni-

ques sur une grande partie de leur longueur soient bons : une extrémité un peu coniforme, un peu insinuante, suffit. Les constructeurs ont même, pour mes modèles personnels, tendance à faire le cône plus marqué que je ne le désire.

Cela dit sur l'instrumentation à utiliser, je reviens au cathétérisme évacuateur. Comment le conduire ? Votre sonde est dans la vessie, comment devez-vous placer le malade, diriger l'écoulement de l'urine ?

C'est une erreur de croire que l'on a intérêt à mettre le patient debout pour mieux vider sa vessie. Dans la position couchée, la sonde est en meilleure situation et permet le drainage plus complet, sans parler de l'aide qu'apportent les pressions sur l'hypogastre.

Pour ce qui concerne le mode d'évacuation, il y a lieu d'établir des catégories. Vous v. rez dans les salles sur les pancartes des lits, les mots : « sondes ouvertes », « sondes fermées ». Quand il y a infection, on s'adresse à la sonde ouverte ; au contraire, quant il s'agit de vessie non infectée ou de vessie douloureuse, la sonde fermée, l'écoulement discontinu, est indiqué.

Il existe des moyens adjuvants, qu'il convient de connaître pour tirer tout le parti possible du cathétérisme évacuateur.

Pour nettoyer la vessie, il faut se garder de la remplir. Expliquons cette proposition d'apparence paradoxale. Nettoyage comporte délayage. Or, si vous remplissez avec une ou deux seringues de liquide la poche vésicale, toutes les masses anormales contenues dans celle-ci vont s'accumuler au point le plus déclive, au fond de l'organe, fond que l'on vide difficilement (on le vide mieux en rapprochant le bec de la sonde du col, au fur et à mesure de l'évacuation). On évitera cet inconvénient en poussant assez vivement le contenu d'une partie de la seringue, ce qui brasse le masses retenues dans la vessie, et en retirant assez vivement aussi, ce qui laisse tout sortir, les masses en question n'ayant pas eu le temps de se déposer.

Voici, en outre, d'autres moyens adjuvants : les aspirations, dont j'ai déjà parlé, destinées à extraire les produits demi-solides (caillots, membranes) ; les actions modificatrices sur les parois vésicales. L'évacuation est déjà, par elle-même, un modificateur des parois vésicales. Une vessie très distendue, du fait de la seule distension, se congestionne : le cathétérisme évacuateur a, dès lors, un effet décongestionnant, il rend l'organe moins susceptible. L'évacuation est donc modificatrice. Les instruments peuvent-ils agir dans le même sens ? Civiale a tenté d'exciter la vessie par contact instrumental, mais cette action est toute momentanée. Quant aux substances médicamenteuses, elles doivent être antiseptiques : le nitrate d'argent tient encore le premier rang.

J'arrive, enfin, au cathétérisme dilatateur. J'ai, toute ma vie, enseigné que, dans la dilatation, il faut chercher à modifier la paroi uréthrale et non à l'écarter. Le contact de l'instrument assouplit la paroi. La violence, d'autre part, est sans effet, car il s'agit de tissus sclérosés, et ce n'est pas en employant l'action mécanique intense que vous obtiendrez un résultat satisfaisant. Toutes les fois que vous voudrez introduire un cathéter en forçant, toutes les fois que l'instrument ne se contentera pas d'occuper la place qu'il peut occuper, vous passerez peut-être, vous imaginant avoir dilaté, mais le lendemain, vous vous apercevrez que le malade a déjà perdu cinq à six numéros et qu'il est revenu en arrière.

Ne cherchez pas à aller trop vite, mettez-y le temps. On urine avec sa vessie et il suffit de donner au canal le simple nécessaire pour le passage de l'urine. Vos malades urinant, ce qui est l'essentiel rien ne vous presse. Si vous voulez atteindre les grandes dilatations d'emblée, en forçant le canal, vous aurez de pénibles retours.

La sonde à demeure, par la persistance de son action modificatrice, ramollit le rétrécissement, qui devient plus maniable. N'en profitez pas pour faire une dilatation rapide, comme l'avait proposé John Hunter : ce serait désastreux.

En un mot et pour me résumer dans cette étude du cathétérisme thérapeutique, rappelez-vous le principe qui le domine : obtenir avec un minimum d'action mécanique le maximum d'effets *modificateurs*.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

THÉRAPEUTIQUE

Le gonosan.

En dépit des progrès considérables de la thérapeutique, la blennorrhagie continue à étendre ses ravages non seulement sur les urèthres, les testicules et les vessies, mais encore, ce qui n'est pas moins grave, sur les utérus, les trompes et les lymphatiques pelviens de jeunes mariées, sans compter les conjonctives et les cornées des nouveau-nés ; encore, passons-nous silence, comme étant moins fréquents, les arthrites, les rhumatismes, les pleurésies, les endo-péricardites, les myélites. Le nombre des substances employées en injections ou lavages uréthraux est incalculable, les remèdes internes sont fort abondants aussi et, pourtant, combien les échecs sont encore fréquents ! C'est que nous ne possédons pas encore le vrai spécifique du gonocoque.

Les recherches sont cependant fort nombreuses et, hâtons-nous de le proclamer, elles ne restent pas stériles. M. le Dr A. Renault, dont la compétence, en cette matière, est universellement reconnue, vient de faire, à la Société de Thérapeutique, une communication sur un nouveau remède interne de la blennorrhagie que son créateur, M. Rohais, a dénommé le *gonosan*. Les succès fournis par ce nouveau remède sont déjà extrêmement répandus et tout paraît faire espérer que nous possédons enfin le spécifique tant désiré ; évidemment, avant de le proclamer, il faut l'expérimenter et réunir des milliers d'observations et de guérisons ; c'est ce que nous venons proposer à nos confrères de tenter avec nous, les occasions d'expérimentation ne manqueront pas, hélas !

Le *gonosan* est une dissolution de la masse résineuse, pharmaceutiquement active, de la racine de Kawa-Kawa dans la meilleure essence de santal indien.

Le Kawa-Kawa est le nom d'une boisson enivrante que les Tahitiens et les habitants de la Polynésie préparent avec la racine d'une espèce de poivrier appelée : *Piper methysticum*. D'après le Dr Dupouy, ce piper methysticum a des propriétés

anti-catarrhales très nettes. Les chimistes ont reconnu que la racine de ce poivrier contenait deux substances cristallines : la kawaïne et la yangonine, dépourvues l'une et l'autre de toute action thérapeutique, et en outre une substance résineuse, qui en constitue la partie active.

« Cette masse résineuse a été particulièrement étudiée en 1886 par L. Lewin (de Berlin), qui a prouvé qu'elle pouvait se décomposer en deux résines, désignées sous les noms d'*a* et *b* et possédant la même action pharmaco-dynamique.

« Ce même auteur a recherché également les effets physiologiques de ces résines et a constaté les faits suivants :

« Quand on laisse tomber sur la langue une goutte des résines en question, il en résulte une sensation d'engourdissement et une diminution de la sensibilité de toutes les parties de la bouche, qui ont été en contact avec le produit.

« Si l'on porte maintenant gros comme une tête d'épingle du mélange de ces résines dans l'œil d'un animal, il s'ensuit au bout de trois minutes, souvent même avant, une complète anesthésie de la cornée et de la conjonctive.

« Lewin est parvenu à extraire de l'urine, après l'usage du kawa, un principe qui provoque également l'anesthésie de l'œil.

« De ces diverses expériences, on pouvait déduire que la résine de kawa, en s'éliminant, devait avoir une action sédative sur les voies urinaires enflammées. Les résultats cliniques ont démontré surabondamment le bien fondé de cette hypothèse.

« Lewin observa en outre que les parties de la muqueuse qui se trouvent en contact avec la résine de kawa subissent une ischémie, à laquelle il est possible d'attribuer la diminution du pus dans les phlegmasies, à la suite de l'usage de ce remède.

« Il faut retenir enfin l'action diurétique de l'extrait fluide de cette substance, démontrée par Lewin et Roger, dans le *Medical News* de 1886 » (1).

En présence des nombreux inconvénients de l'essence de santal employée seule et du peu d'efficacité du Kawa-Kawa administré dans l'eau en macération, le Dr Boss, de Strasbourg, eut l'idée d'associer le Kawa et le Santal ; c'est *le gonosan*.

« Il se présente sous la forme d'une substance huileuse, jaune verdâtre, fortement aromatique, soluble dans l'alcool, le chloroforme et l'éther.

« Dans sa composition, une essence très pure de santal indien entre dans la proportion de 80 p. 100 et les résines de kawa-kawa, à l'exclusion des principes cristallisables, inactifs, dans la proportion de 20 p. 100.

« Le nouveau remède est contenu dans des capsules, dosées chacune à 30 centigrammes, soit 24 centigrammes d'essence de santal, chimiquement pure, et 6 centigrammes de kawa.

« Le docteur Boss fit prendre à ses malades 8 à 10 de ces capsules par jour. »

M. Renault administre d'emblée, sans traitement émollient préalable, six capsules par jour pendant les deux premiers jours, puis neuf par jour, les jours suivants ; le médicament est administré par trois fois en parties égales en commençant les trois repas de la journée.

Voici les résultats obtenus par M. Renault :

« Huit fois sur dix, c'est-à-dire dans 80 p. 100 de nos cas, le nouveau remède a éteint promptement les douleurs habituellement si pénibles, pendant les mictions et les érections, qui se produisent à la première période de la blennorrhagie aiguë.

« Cette vertu anesthésique est d'autant plus précieuse que les érections arrivent plutôt la nuit, troublent le sommeil des malades, les obligent à se lever plusieurs fois et contribuent ainsi à augmenter l'affaiblissement et le malaise engendrés par l'écoulement.

« Combien de temps faut-il pour que l'effet sédatif se produise ? Six jours en moyenne d'après nos observations et, dans cinq d'entre elles, trois à quatre jours ont suffi.

« Pareil résultat est très appréciable, quand on veut bien se rappeler que, dans la blennorragie aiguë, ce n'est guère qu'au bout de douze à quinze jours que la miction devient supportable et que les érections douloureuses ne tourmentent plus les patients.

« Le deuxième avantage du gonosan consiste dans son pouvoir anticatarrhal. Il suffit d'observer les malades pour constater que ce médicament diminue aussi promptement l'abondance du flux blennorragique que les autres balsamiques habituellement employées. Au bout de quelques jours, dans la plupart des cas, l'écoulement est réduit au point de tacher à peine le linge.

« Troisième qualité du remède ; c'est qu'il est admirablement supporté par presque tous les malades. »

Le gonosan est fort bien supporté par l'estomac ; il ne provoque aucune douleur lombaire, ni aucun érythème. La guérison complète peut être obtenue en vingt ou vingt-cinq jours environ.

Le gonosan amène-t-il la cure radicale et définitive de la blennorragie ? Il faut, pour répondre à cette question, l'épreuve du temps et l'observation de très nombreux cas. En tout cas, les recherches des chimistes ont paru démontrer que le gonosan arrête et même tue les cultures du gonocoque par les acides résiniques qu'il met en liberté.

En résumé, le gonosan constitue un des remèdes des plus précieux que nous possédions contre la blennorragie, en raison de ses propriétés anticatarrhales et surtout anesthésiques, qui permettent de l'administrer dès le début de l'écoulement, contrairement aux autres balsamiques, et d'en abréger vraisemblablement la durée, puisqu'il supprime le traitement émollient, d'ordinaire prescrit pour calmer les douleurs des mictions et des érections et favoriser le flux urétral, dont l'abondanee est en raison directe de l'effet sédatif.

(1) Renault, *Gaz. des Hôp.*, p. 906.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur la valeur thérapeutique de l'hypérémie artificielle.

On sait depuis longtemps qu'une augmentation de l'apport sanguin dans une région malade, exerce une influence favorable sur la guérison des inflammations les plus diverses, et d'ailleurs l'organisme lui-même se sert de l'hypérémie comme d'un moyen de défense, quand il se trouve menacé par l'invasion de germes pathogènes.

Néanmoins, ses ressources ne sont pas toujours suffisantes pour parer d'une manière efficace à tous les accidents : il a besoin d'être soutenu, d'être aidé dans cet ordre d'idées, comme il est fait au moyen des antitoxines dans les maladies infectieuses. Partant de ces idées, Bier a étudié en 1903 : « l'hypérémie comme moyen de traitement ».

Il a distingué l'hypérémie *active*, qu'il a réalisée au moyen des appareils à air chaud, et l'hypérémie *passive*, ou hypérémie par *stase*, obtenue par l'application d'une bande de caoutchouc.

Les appareils à air chaud, grâce à leur simplicité, peuvent être improvisés dans tous les milieux. Ils se composent d'un cylindre en matière incombustible, dans lequel on introduit le membre malade, en ayant soin d'obturer complètement les orifices d'entrée et de sortie à son pourtour ; dans la partie inférieure de ce cylindre, se trouve fixé un tube, au-dessus duquel on place une lampe à alcool, qui fournit plus ou moins d'air chaud à l'appareil, suivant qu'on l'éloigne plus ou moins. Enfin l'appareil est muni à sa partie supérieure d'un orifice de sortie pour l'air, et d'un thermomètre. Cette installation permet d'obtenir des températures de 100° et 120°, mais il est bon de s'en tenir à 60° ou 80° pour éviter des brûlures. De plus, les fortes températures sont susceptibles de produire chez les sujets anémiques des syncopes, de la céphalée, de l'anorexie, etc. Ordinairement, il ne faut pas appliquer l'appareil pendant plus d'une heure par jour.

Plus simple encore est la production de l'hypérémie de stase ; il suffit d'une mince bande de caoutchouc, ayant 6 cent. environ de largeur qu'on applique d'une manière centripète, par rapport à la partie malade. Ce procédé ne doit entraîner aucune douleur ; bien plus, il fait généralement disparaître d'une manière rapide les phénomènes douloureux, de telle sorte que les malades peuvent bientôt mouvoir sans gêne leurs articulations souvent très atteintes. La bande ne doit comprimer que les veines ; il ne faut en aucun cas qu'elle entrave la circulation artérielle, le membre prend alors une teinte rougeâtre, ou plus légèrement bleuâtre.

La durée de l'application dépend de la nature de l affection. Chez les tuberculeux, on ne doit pas laisser persister la stase plus de douze heures, et encore est-il préférable de s'en tenir à une heure ou deux, en augmentant un peu la compression. Pour l'articulation de l'épaule, le dispositif est un peu plus compliqué : après avoir garni le creux axillaire, on y glisse un tube de caoutchouc, qui passe ensuite sur une compresse autour du cou du patient ; une pince de Péan sert à la fixer.

L'efficacité de ce procédé, dit Levisohn (*Zentrall. f. d. g. Thérapie.* 1905. H 11), repose sur l'action bactéricide puissante de l'hypérémie par stase, due à l'excès d'acide carbonique. Quant à l'hypérémie active, elle aurait un pouvoir résorbant très marqué sur les exsudats des tissus ; son action s'exercerait aussi sur les processus cicatriciels, et sur les formations calleuses. (Observations de Bier.)

Bier avait remarqué que : 1°) chez les tuberculeux on trouvait très fréquemment une sténose de l'artère pulmonaire, et que 2°) les poumons à stase sanguine n'étaient jamais envahis par le bacille de Koch. Se basant sur ces deux observations, il eut l'idée d'employer son procédé, l'hypérémie par stase, dans le traitement des affections tuberculeuses, particulièrement dans les lésions osseuses ou articulaires ; il obtint des résultats éclatants. Naturellement, il est nécessaire de faire des distinctions ; c'est ainsi qu'il faut recourir avec beaucoup de prudence à la stase des tuberculoses ouvertes avec fistules et suppuration abondante, car on risque des complications telles que l'érysipèle, la septicémie, etc. Pendant les premiers jours seulement, la bande est appliquée plusieurs heures ; dans la suite une heure par jour suffit pour obtenir un résultat. Il est à remarquer que, dans les tuberculoses osseuses et articulaires, les douleurs disparaissent dès les premiers jours. On observe également dans les tuberculoses ouvertes un meilleur aspect des granulations, dans les contractures une amélioration de la motilité.

L'hypérémie veineuse se recommande aussi dans la tuberculose testiculaire : il suffit d'appliquer un lien constricteur à la base du scrotum. Néanmoins, quand les canaux déférents sont envahis, il est préférable d'opérer, comme d'ailleurs dans la tuberculose des gaines tendineuses et des ganglions.

Enfin, le procédé s'applique avec avantage aux arthrites gonococciques, soit aiguës, soit chroniques. C'est surtout dans les premières formes, que la sédation rapide de la douleur constitue un résultat appréciable, mais à condition de laisser la bande longtemps appliquée : 12 heures, et même 22 heures dans les cas graves ; si bien qu'il reste deux heures pour faire disparaître l'œdème par la position surélevée du membre. Non seulement on guérit rapidement la maladie, mais encore on évite ses terribles conséquences (ankyloses, etc.)

L'hypérémie artificielle se recommande également dans les arthrites suppurées, l'arthrite déformante, le rhumatisme articulaire chronique, surtout quand on fait alterner le mode actif avec le mode passif.

Tout récemment, Bier a étendu l'application de son procédé au traitement des suppurations aiguës. Son expérience porte actuellement sur 100 cas, et, quoique la théorie de cet auteur soit en contradiction avec les principes de thérapeutique antiphlogistique admis jusqu'à présent, elle semble permettre d'obtenir des résultats très précieux. L'inflammation, dit-il, est un moyen de défense pour l'organisme, et il faut la soutenir et l'augmenter. La bande élastique s'applique selon les règles précédentes ; le membre doit prendre une teinte rouge-feu, sans qu'il en résulte une augmentation des douleurs ; celles-ci, au contraire disparaissent par l'hypérémie. L'application dure 20 ou 22 heures ; en tout cas, il faut un minimum de 10 heures par jour. Quand les traînées lymphangitiques atteignent la racine du membre, et qu'il est par suite impossible de les comprendre dans la zone artificiellement hypérémiée, on ne doit pas craindre de poser transversalement la bande sur leur trajet. Non seulement les douleurs cessent, mais encore le processus se localise rapidement : la guérison est plus prompte que par l'incision au bistouri. La chose est vraie pour les panaris comme pour les abcès. Dans ce dernier cas, Bier préfère, quand il est nécessaire d'opérer, plusieurs petites incisions à une grande incision, et il établit aussitôt après son intervention l'hypérémie veineuse. Pour les

abcès chauds, l'incision est donc nécessaire ; malgré la bande élastique, la suppuration est très abondante surtout dans les premiers temps ; mais le plus épais devient bientôt séreux, la fièvre tombe, l'état général s'améliore.

Comme les douleurs disparaissent, il n'est plus nécessaire pour les suppurations articulaires d'immobiliser complètement les jointures dans un but analgésique : il faut au contraire commencer avec prudence dès les premiers jours, les mouvements actifs et passifs ; on évite ainsi les raideurs articulaires ultérieures. Même technique pour les suppuratians des gaines tendineuses.

D'après Bier, le procédé empêcherait dans l'ostéomyélite la formation des séquestres.

Dernièrement Klapp, un élève de Bier, a expérimenté le procédé de l'hypérémie artificielle au moyen de ventouses, ou d'appareils semblables à la ventouse de Junod ; il l'a appliqué à des mastites, pour lesquelles la méthode des incisions ne permet d'obtenir qu'une guérison lente en raison de la longueur du traitement et des désordres profonds de la glande mammaire. Une cloche spéciale en verre, munie d'une pompe aspirante, s'applique sur le sein, durant une heure le premier jour, 20 ou 30 minutes les jours suivants. Si le procédé est convenablement mis en œuvre, les douleurs doivent cesser rapidement. Dans les grandes suppurations on y fait sur la région enflammée de petites incisions, en plus de l'hypérémie artificielle. La guérison semble activée. A noter que ce procédé réalise l'aspiration concomitante du lait. L'emploi de petites ventouses de verre, munies d'un ballon de caoutchouc permettrait également d'obtenir de bons résultats pour les panaris et les furoncles.

Le procédé de Bier semble devoir de jour en jour gagner du terrain ; certes, il occasionne des insuccès. Comme toute méthode thérapeutique, mais la cause en réside souvent dans une faute de technique. Si l'hypérémie artificielle guérit certaines formes de tuberculose articulaire, les formes fongueuses de préférence, elle n'a pas la prétention d'exclure le traitement chirurgical pour d'autres formes, quand il est indiqué. Les affections tuberculeuses peuvent être traitées à la consultation, mais les suppurations aiguës nécessitent l'admission à l'hôpital, car elles exigent la surveillance la plus attentive de la part du médecin.

On ne peut encore porter un jugement définitif sur cette méthode dans les suppurations aiguës ; d'autres observations sont nécessaires ; mais néanmoins, il est impossible de dénier au procédé de Bier son action calmante sur les douleurs. L'hypérémie artificielle est venue enrichir notre thérapeutique ; et certainement elle est appelée à rendre de grands services dans les diverses espèces d'affections.

*
* *

Récemment j'ai pu par moi-même me convaincre de l'efficacité réelle de la méthode de Bier. Il s'agissait d'une arthrite chronique inter-phalangienne de la main, consécutive à une plaie pénétrante par coup de couteau. Depuis plus de 3 mois tous les traitements avaient échoué ; immobilisation, pointes de feu, bains chauds et massage ; le malade continuait à souffrir, les mouvements de l'article restaient très restreints. Je me décidai à appliquer chaque jour, une heure durant, un lien élastique à la base du doigt, dans les conditions indiquées plus haut : au bout de cinq jours, le malade ne souffrait plus, au bout de quinze jours, il avait regagné toute la liberté fonctionnelle de l'article atteint.

Le docteur Colley vient aussi de publier (*Münch. Med. Wochens.*, 1906, n° 6) les résultats obtenus par lui, grâce à la méthode de Bier, dans le processus de suppuration aiguë. Dans le début de ses essais, semblable à un certain nombre de praticiens, il avait été trop timide dans son action, aussi n'avait-il obtenu que peu de satisfaction de la méthode. Après quelques tâtonnements, il arriva, grâce à une surveillance attentive de tous les instants, à savoir serrer la bande élastique au degré voulu, à placer exactement les appareils d'aspiration.

La sérosité œdémateuse, qui se produit dans une région soumise à l'hypérémie passive, possède bien, ainsi que l'a affirmé Bier, une action bactéricide. Pour le démontrer, Colley injecta du staphylocoque en culture pure sous la peau des reins de plusieurs souris : les animaux moururent en quelques jours de septicémie. Le même pus fut dilué dans du bouillon, et la dilution fut divisée en deux parties ; la première partie fut additionnée de trois fois son volume de sérosité œdémateuse ; la deuxième partie fut laissée intacte. Deux lots de souris infectées avec ces deux dilutions se comportèrent différemment ; celles qui avaient reçu le pus additionné de sérosité restèrent en vie, et celles infectées de pus dilué dans du bouillon simple moururent en 24 heures. Il se forme donc dans la région hypérémiée des antitoxines, qui exercent une action fâcheuse sur les bactéries et viennent secourir l'organisme dans sa défense contre l'infection

Ces phénomènes locaux ont d'ailleurs une répercussion générale, car tout le système lymphatique traduit sa réaction par une hypertrophie passagère des ganglions (fait observé à maintes reprises par Colley).

Le procédé de Bier, dit l'auteur, semble difficile à appliquer au niveau de la cavité thoracique, et il vaut certainement mieux traiter un empyème pleural par les procédés ordinaires que de s'attarder à cette méthode.

Pour la cavité abdominale, il n'en est plus de même ; l'exemple suivant en est la preuve. Un homme fut amené à la clinique porteur d'un abcès épityphlique encapsulé. Depuis plusieurs jours il éprouvait des frissons et des transpirations ; ses sclérotiques étaient jaunâtres ; ils présentaient les symptômes d'une septicémie grave. Colley posa le diagnostic de thrombose septique de la veine-porte, mais n'intervint pas chirurgicalement Il fit, sur la paroi abdominale, très pauvre en tissu graisseux, des applications, entre les dernières côtes et la crête iliaque, d'une grande ventouse, dans laquelle l'aspiration était faite au moyen d'une pompe ; il avait soin de surélever chaque fois le bassin. Le troisième jour les frissons cédèrent ; un empâtement noté le second jour au point de Mac Burney disparut ; il n'y eut pas de suppuration ; on ne constata pas l'issue de pus *per vias naturales*. Au bout de quelques mois Colley réséqua l'appendice, dont la lumière se trouvait rétrécie près du cæcum par une cicatrice. Le patient est actuellement guéri. Sans vouloir attribuer cette cure heureuse uniquement à l'hypérémie passive, l'auteur déclare qu'à la pro-

chaine occasion il traitera le même cas de la même façon.

La même méthode est employée avec succès dans les périmétrites ou les salpingites gonococciques, qui jusqu'à présent résistaient au traitement conservateur. Il faut naturellement que le tissu adipeux ne soit pas trop abondant. Après avoir toujours surélevé le bassin, on applique une grande ventouse au-dessus de la symphyse, un peu plus à droite ou à gauche suivant les indications. Les premiers jours, on constate que l'exsudat augmente dans de notables proportions, sans pour cela qu'il y ait aggravation des autres symptômes subjectifs ou objectifs, puis il diminue rapidement.

L'hypérémie passive donne d'excellents résultats dans la mastite puerpérale, et dans les bubons inguinaux, ces affections ordinairement si rebelles au traitement par les incisions, le drainage, ou les cataplasmes (formation de fistules, granulations atones, etc.).

En voici un exemple : une femme, atteinte de mastite puerpérale, se présente avec une température de 38°5 le matin, le sein gauche fortement tuméfié et rouge dans sa région externe. Une ponction exploratrice ramène quelques gouttes de liquide, renfermant du sang, du lait et des bactéries : Colley décide de pratiquer deux fois par jour pendant dix minutes l'hypérémie passive. La tuméfaction de la glande augmente au niveau de la région malade et des ganglions ; dans ses autres parties celle-ci reste molle, élastique. Au bout de cinq jours la température revient à la normale, la tuméfaction commence à diminuer. Deux jours plus tard, la femme se soustrait au traitement parce qu'elle ne se sent plus malade. Elle est revue 3 semaines après, sa glande mammaire est normale.

Dans les ostéomyélites aiguës, on a cherché à éviter la formation du séquestre par la trépanation précoce ; mais il est rare de pouvoir opérer un malade vingt heures au plus après le début de son affection, ainsi qu'il faudrait le faire pour obtenir le résultat cherché. Grâce à la méthode de Bier, Colley a pu guérir sans séquestre trois ostéomyélites aiguës : un enfant présentait, avec de l'hyperthermie, un point d'ostéomyélite à l'extrémité inférieure de ses deux diaphyses tibiales : l'hypérémie fut réalisée aux deux membres : à la jambe gauche, la tuméfaction disparut sans aucune autre complication ; à droite, l'auteur ouvrit au bout de 5 jours un abcès qui guérit en 3 semaines sans laisser de fistule. Voici encore un autre cas : ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur ; hypérémie passive : ouverture d'un abcès du genou. Guérison définitive, sans séquestre.

Quant aux furoncles, aux anthrax, une seule application suffit s'ils sont pris dès le début ; sinon il faut deux ou trois séances pour voir sortir le bourbillon. Ces considérations s'appliquent aussi aux sujets goutteux. Cependant Colley ne veut pas appliquer l'hypérémie aux diabétiques ; en cela d'ailleurs il n'est pas d'accord avec Bier et Klapp, mais ses observations démontrent avec quelle facilité on voit chez ses patients la gangrène cutanée apparaître sous la bande élastique ou sous la ventouse.

Enfin le traitement hypérémique de l'eczéma donne aussi de bons résultats.

Colley termine son étude en montrant combien les bains chauds sont un précieux adjuvant pour l'hypérémie passive ; il préconise non pas les bains locaux, mais les bains complets à 36 ou 37° pendant 15 minutes ; ceux-ci, en activant d'une manière intense la circulation dans tout le territoire cutané, font disparaître plus rapidement les derniers vestiges de la stase, les restes de l'œdème. Ces bains complets sont donnés après que l'on a retiré la bande élastique ou la ventouse : leurs effets bienfaisants se traduisent par une différence de quelques centimètres dans le périmètre d'un membre malade, par exemple, avant et après le bain. Les bains locaux augmenteraient plutôt l'œdème.

***

Herhold (*Munch. Med. Wochns* 1906, n° 6) emploie pour les furoncles, les anthrax, et les phlegmons des gaines tendineuses, des ventouses en verre, surmontées d'une poire en caoutchouc, destinée à faire le vide. Sur les furoncles ou abcès, une ventouse de ce genre est appliquée deux fois par jour durant 1/4 d'heure ou 1/2 heure ; il ne faut pas exercer une pression trop grande sur le caoutchouc afin de ne pas déterminer une raréfaction d'air trop grande. Pour les panaris, on emploie la bande en caoutchouc. Les douleurs disparaissent aussitôt que l'hypérémie est réalisée. Si le pus n'avait pas encore fait son apparition au début du traitement, on voit au bout de 24 ou 48 heures apparaître une vésicule séro-purulente, que l'on ponctionne légèrement. Herhold, comme Bier, recommande de ne pas tamponner la plaie ; cette prescription est particulièrement importante pour les phlegmons des gaines, car elle permet d'éviter la nécrose et l'élimination des tendons. Entre les séances d'hypérémisation, on applique un pansement humide ; pas de bains antiseptiques ; pas de gouttières d'immobilisation, afin de laisser aux doigts leurs mouvements. Au bout de deux ou trois jours au maximum, le bourbillon s'élimine spontanément. Si, 24 heures après la ponction d'un phlegmon des gaines, les phénomènes inflammatoires et la fièvre persistent, il est indiqué d'ouvrir largement, en s'abstenant toujours de tamponner. La méthode de Bier diminuerait notablement la durée du traitement dans les anthrax et les panaris ; celle-ci tomberait en moyenne de 17 *jours*, 3 et 17 *jours*, 7 à 9, 2 et *11* jours.

L'hypérémie passive, conclut Herhold, donne de très bons résultats dans les processus inflammatoires aigus, notamment dans les abcès et les panaris ; elle enrichit à coup sûr, pour ces affections, nos moyens de traitement chirurgicaux ; mais d'un autre côté, elle n'est pas une panacée universelle, elle peut échouer, et dans les phlegmons graves elle ne doit être employée qu'avec une grande prudence et une surveillance attentive.

Dr Georges.

NOTES D'HYDROLOGIE

La Puériculture aux Eaux-Bonnes.

Peu de stations thermales sont aussi indiquées pour les enfants qu'Eaux-Bonnes, tant par sa situation topographique, son climat et ses eaux.

Et, d'ailleurs, sans qu'il ait jamais été fait de

publicité à cet égard, très nombreux sont les enfants que les familles y amènent d'elles-mêmes, et qu'elles remmènent transformés par le seul fait d'un séjour relativement court dans notre station.

Et pour ma part, dès mes premières saisons thermales ici, j'ai été frappé de l'influence remarquable exercée et par le climat et par l'hydrothérapie spéciale de la station, et je me suis attaché à développer cette idée que si les médecins et les familles comprenaient mieux leurs devoirs de « Prévoyants de l'avenir de l'enfance », les Eaux-Bonnes seraient tout indiquées comme centre de puériculture.

La mode malheureusement l'emporte sur la logique et la réalité des choses, et la mode, veut qu'on envoie les enfants à la mer ; la montagne reste incomprise, et les eaux sulfureuses ont acquis, très injustement d'ailleurs, une mauvaise réputation.

L'eau salée sous toutes ses formes et sous toutes ses modalités est considérée comme le spécifique de tous les états lymphatiques de l'enfance. C'est passé pour ainsi dire à l'état d'axiome.

Comme si le lymphatisme était identique à lui-même, et comme si tous les organes des enfants lymphatiques étaient tous sans exception entachés au même degré de lymphatisme, et comme si un traitement uniforme devait s'appliquer dans tous les cas quels qu'ils soient entachés de lymphatisme à l'origine.

De l'avis de la majorité des cliniciens, il existe une classe fort importante par le nombre de lymphatiques chez lesquels prédominent les tares et les susceptibilités de l'appareil respiratoire ; et c'est à cette classe importante que doit s'adresser la médication sulfureuse et plus spécialement la médication sulfureuse d'Eaux-Bonnes.

Les Eaux-Bonnes sont en effet, et on ne le sait pas assez, des eaux SULFURÉES, CHLORURÉES ET POLYMÉTALLIQUES. C'est à ce triple titre, sans compter leur activité radio-électrique, qu'elles se recommandent à l'attention du thérapeute pour le traitement méthodique des tares respiratoires d'origine lymphatique. C'est ce qu'a admirablement mis en valeur M. le professeur Landouzy dans ses « belles leçons de choses » lors des deux visites à Eaux-Bonnes du V. E. M.

Car, a dit en substance l'éminent professeur, il n'y a pas seulement, dans ces eaux thermo-minérales, une simple combinaison de substances chimiques, mais il en découle une action physique et dynamique naturelle, que nos laboratoires et nos cornues sont impuissants à produire ou à reproduire. Et à côté de cette action quelque peu mystérieuse de ces eaux, il faut faire une large part à toutes les ambiances thérapeutiques réunies en si grand nombre à Eaux-Bonnes, et qui sont : la sédation et la tonicité du climat, le calme de l'atmosphère, l'ozonisation et la pureté de l'air saturé d'essences vivifiantes distillées par la végétation luxuriante et si variée au milieu de laquelle on vit dans cette station, entre toutes privilégiée et comblée.

A nos confrères de faire d'abord comprendre aux familles l'impérieuse nécessité de ne pas attendre que la maladie accable leurs enfants pour se préoccuper de leur santé, que le salut, c'est la prévoyance, et que la meilleure des thérapeutiques c'est la prophylaxie, et enfin que la prophylaxie la plus agréable, c'est le séjour à la montagne aussi prolongé que possible et les cures préventives par les Eaux-Bonnes.

Dr Léon LERICHE.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Nous donnons aujourd'hui sous cette rubrique un remarquable article que vient de publier, dans le **Droit médical**, *un distingué professeur de droit, qui s'intéresse depuis longtemps à notre cause et à nos mésaventures judiciaires.*

Le sujet dont il traite est de ceux qui ont fait le plus souvent pâlir le Conseil d'administration du **Sou médical**, *et notre vaillante société a beaucoup lutté pour amener sur ce point la jurisprudence à l'état favorable que signale M. le Pr Perreau.*

Il nous appartient de relever ce genre de services généraux rendus par le **Sou médical** *à toute la profession, car les indifférents et les égoïstes croquent aussi les marrons tirés du feu par le millier de confrères dévoués qui marchent toujours à l'avant-garde de la défense commune et y recueillent si rarement les témoignages de reconnaissance auxquels ils ont droit.*

Du droit pour le médecin de réclamer ses honoraires au conjoint de son client

Par M. E.-H. PERREAU,

Professeur à la Faculté de Droit de Montpellier.

Les médecins comptent habituellement sur le droit de réclamer au besoin leurs honoraires au conjoint de leur malade ; et cette idée se manifeste nettement sous la plume de ceux qui ont étudié la question dans leurs écrits (1). Ils s'étonnent, en les regrettant, des solutions contraires parfois données par les tribunaux.

Jusqu'à ces dernières années, la jurisprudence était un peu flottante, variant ses décisions, variant encore plus souvent ses motifs. Les auteurs juridiques, quoique en général plus favorables aux médecins, n'avaient pas dans leurs doctrines une grande homogénéité. La cause de ces sentiments n'était autre que le désir de justifier ces solutions par des arguments puisés dans le « régime matrimonial » des époux. Ne faut-il pas cependant écarter du débat ces conventions qui concernent les seuls intérêts pécuniaires des époux, et que d'ailleurs les circonstances et les usages empêchent le médecin de se faire communiquer par avance ?

A l'exemple de notre ancienne jurisprudence (2), nous pensons que les droits des médecins dérivent de l'état même du mariage, et des obligations s'y rattachant, et demeurent donc identiques sous tous les « régimes matrimoniaux ».

Ecartons d'abord une hypothèse offrant une particularité qui, malgré sa fréquence, ne se présentera pas nécessairement. Lorsque le médecin est appelé par l'un des deux époux auprès de son conjoint, il a le droit de lui réclamer ses honoraires pour les soins qu'il donne à l'autre à sa demande (3).

D'après une jurisprudence aujourd'hui constante,

---

(1) BROUARDEL, l'*Exercice de la Médecine et le Charlatanisme*, p. 47 ; FLOQUET, *Code pratique des Honoraires médicaux*, II, p. 440, MORECHA, *La Profession medicale*, p. 184.

(2) Arrêts du Parlement de Paris, 19 avril 1580, 8 fév. 1576 ; 7 sept. 1613 ; 29 août 1615 ; BRODEAU et LOUET, *Arrêts notables*, lettre C, sommaire 26.

(3) Trib. Narbonne, 22 janv. 1872, S. 1872. 1.430.

implique engagement de payer ses honoraires, l'appel d'un médecin, pour soigner un malade, par une personne ayant à sa guérison un intérêt quelconque, même purement moral, comme un parent, un ami, un patron, etc. (1).

En dehors de ce cas spécial, les honoraires sont dus par le mari pour soins donnés à la femme, tant que dure légalement la vie commune, et par l'un quelconque des deux conjoints, en toutes circonstances, pour soins donnés à l'autre dans le besoin.

I

A) Conformément à une tradition plusieurs fois séculaire, que n'a pas encore abolie le mouvement féministe moderne, le mari, chef naturel du ménage et protecteur légal de la femme, est tenu de lui fournir les choses nécessaires à la vie, selon son rang et sa condition (Art. 214, C. civ.).

Appuyé sur un tel fondement, ce devoir est absolu, et ne saurait être limité par la volonté des intéressés, toute puissante à l'égard des effets du mariage quant aux biens, mais incapable de modifier ses conséquences quant aux personnes.

Certainement, il est loisible aux époux de déterminer dans un pacte solennel, le « contrat de mariage », la portion de ses capitaux ou revenus, la dot que la femme apporte au mari pour l'aider à subvenir aux charges communes. Mais ces conventions n'ont pas la force de modifier la situation légale du mari comme chef du ménage, ni les conséquences qui en résultent, notamment ses devoirs (art. 1388, C. civ.). — A plus forte raison, le mari n'a-t-il pas le pouvoir de restreindre ces obligations de sa seule autorité, en prétendant notamment ne supporter que les dépenses nécessaires à l'entretien de sa femme qui auraient été formellement acceptées par lui. Les contrats passés par la femme pour ses propres besoins n'étant que des mesures d'exécution des obligations du mari, seront réputés faits en son nom, et l'obligeront donc personnellement; et les services rendus à la femme par des tiers dans le même but seront réputés exécutés en l'acquit du mari et devraient donc être payés par lui (2).

Les frais médicaux étant au nombre des dépenses relatives à l'entretien de la personne, ceux qui sont dus pour soins donnés à la femme sont donc à la charge du mari en cette seule qualité, quel que soit le régime matrimonial des époux, et quelles que soient les conditions dans lesquelles ils ont été donnés, offerts ou demandés. Le médecin aura une action directe contre lui pour les réclamer, sans qu'il soit nécessaire de s'adresser préalablement à la femme (3).

De nombreuses décisions judiciaires ont consacré ce recours.

Elles l'ont admis alors que des époux avaient adopté la communauté à titre de régime principal (4), lorsqu'ils l'avaient stipulée comme régime accessoire (5), même lorsqu'ils sont séparés de biens (6).

(1) Appel par un parent : Just. Paix, Poissy, 25 août 1905, *Concours médical* 1905, p. 728 ; Paris 5 mai 1903, S. 1904, 2.32 ; par un ami : Trib. Toulouse, 2 juin 1904 Journal *La Loi* 1904, p. 537 ; par un patron : Trib, Chartres, 30 déc. 1903, *Concours médical*, 1904, p. 46..

(2) Besançon, 15 juil. 1874, S. 75.2.9 ; Caen, 21 mars 1882, S.83.1.42 ; Rouen, 11 juillet 83, S. 86.4.15.

(3) Ces idées ont été particulièrement mises en lumière par le jugement du Trib. Narbonne du 22 janv. 1872 précité. (Cf. Just. Paix, Meulan (Seine-et-Oise). *Concours médical* 1904, p. 830).

(4) Trib. Seine, 28 fév. 1905, *Concours médical* 1905, p. 236 ; Trib. Bordeaux, 19 janv. 1903, *Gaz. Trib.*, 18 mars 1903 ; Trib. Seine, 6 juillet 1885, *Gaz. Pal.*, 1886, 1, supplément p. 12 ; Trib. Narbonne, 22 janv. 1872, précité.

(5) Trib. Seine, 16 décembre 1893, journal *La Loi*, 24 janv. 1894.

(6) Paris, 23 nov. 1905, *Concours médical* 1906, p. 217. Il y a une trentaine d'années, un jugement avait été rendu en sens contraire (Trib. Seine, 19 mars 1878 *Gaz. Trib.*, 5 avril 1878. Mais c'est un principe général reçu par la jurisprudence que les dépenses d'entretien de la femme sont, malgré la séparation de biens, à la charge du mari. (Cass. 27 janv. 1857, D. P. 57.1.142 ; Paris, 17 juin 1899, D. P. 1900, 2.105).

Elles l'ont admis également sans distinguer selon que le médecin a été appelé par le mari ou par la femme (1), et dans ce dernier cas que le mari ait ou non reconnu les soins du médecin (2).

On peut donc considérer comme aujourd'hui définitivement établi que les honoraires médicaux, pour soins donnés à la femme, sont dus par le mari.

B) Cette thèse n'aura-t-elle pas cependant un inconvénient : priver le médecin de tout recours contre la femme ?

En principe, celle-ci n'est pas tenue au paiement de ses dépenses d'entretien, aurait-elle contracté dans ce but avec ses biens ; car, comme nous le disions plus haut, elle est réputée traiter au nom du mari, et le mandataire ne s'oblige pas personnellement. Il en résulte qu'à l'ordinaire la femme n'est pas liée envers ses propres fournisseurs ; le mari seul leur doit le montant des engagements de sa femme. Mais ce n'est pas une règle absolue ; une obligation personnelle de la femme vient parfois s'adjoindre à celle du mari, et nous croyons que c'est ici le cas.

Cette obligation s'appuie d'abord sur un engagement tacite de la femme, existant par cela seul qu'elle a consenti à recevoir les soins du médecin. Ces soins ne sont pas, en effet, des services ordinaires ; ils sont nécessaires au maintien de la vie et de la santé. Nul doute que, pour la conservation de biens si précieux, tout malade ne consente à supporter tous les frais indispensables, afin de s'assurer ses soins.

On doit seulement admettre en faveur de la femme une atténuation à cet engagement. Les obligations s'interprètent, en cas de doute, dans le sens de leur moindre portée (art. 1162, C. civ.) ; en outre, la solidarité ne se présume pas (art. 1202, C. civ.), Il est donc naturel de supposer que la femme a entendu s'obliger non point concuremment avec son mari obligé déjà, mais subsidiairement seulement, pour le cas où il ne pourrait payer.

Un second motif justifie l'action du médecin contre la femme, même dans les circonstances où son état de santé l'empêchant de se rendre compte des soins qu'elle reçoit du médecin, on ne saurait sous-entendre un engagement volontaire de sa part. C'est un principe élémentaire d'équité que nul ne doit s'enrichir aux dépens d'autrui. Comme il s'agit de simple équité, non d'une rigide formule de droit, cette règle est évidemment applicable à la femme, fût-ce quant à ses dépenses d'entretien, qui sont en thèse générale à la seule charge de son mari (3). Pour la même raison, cet « enrichissement » s'entendra non pas seulement d'une augmentation de richesse, mais d'avantages quelconques, n'auraient-ils rien de pécuniaire.

Dans ces conditions, la femme ayant profité personnellement des soins du médecin, lui doit ses honoraires s'ils ne sont pas payés par son mari, pour ne pas motiver un avantage à ses dépens.

Pour ce double motif, les tribunaux n'hésitent pas, tout en reconnaissant le mari débiteur principal tenu en première ligne, à donner au médecin une action subsidiaire contre la femme, serait-elle mariée sous le régime de communauté (4), qui met à la charge de la masse commune représentée par

(1) Trib. Narbonne, 22 janv. 1872 et Trib. Seine, 16 déc. 1893, précité.

(2) Trib. Bruxelles, 4 fév. 1901, *Pasicrisie belge* 1902, 3 326.

(3) Cas. 20 avril 1864, S. 1864. 1.503 ; et 30 nov. 1868, S. 1869, 1.219.

(4) Trib. Seine. 28 fév. 1905; Trib. Bordeaux, 19 janv. 1903 ; Trib, Seine, 6 juillet 1885, précitées.

le mari toutes les dépenses d'entretien des époux (art. 1409, 5° C. c v.), spécialement les frais médicaux (1).

Avant d'aller plus loin, faisons deux remarques.

Puisque les droits du médecin ne puisent pas leur base dans le « contrat de mariage », les clauses de celui-ci ne les diminueront donc jamais. Après la dissolution de la communauté ayant été stipulée entre les époux, la femme ne s'affranchit pas de ses obligations envers son médecin en renonçant à la communauté, ou en lui opposant un « bénéfice d'émoluments » (2).

En sens inverse, il nous semble logique de conclure que ces mêmes clauses ne sauraient plus étendre les droits du médecin. La jurisprudence donne cependant une action non pas subsidiaire, mais solidaire, contre la femme pour ses dépenses d'entretien (3), et spécialement pour ses honoraires médicaux (4).

On peut expliquer ce résultat par une interprétation de volonté des parties, à qui il est toujours loisible d'élargir les droits du médecin volontairement sans avoir besoin du reste de manifester expressément leur volonté à cet égard (5).

II

Le mari cesse d'être astreint à l'obligation d'entretien lorsque le lien du mariage est relâché par la séparation de corps ; depuis ce jour ne sera-t-il jamais tenu de payer les honoraires du médecin de sa femme ?

La femme, à qui n'incombe en faveur du mari aucune obligation d'entretien, dans nos mœurs et nos lois actuelles tout au moins, échappera-t-elle toujours au paiement des honoraires médicaux pour soins donnés à son mari ?

L'union d'intérêts qu'établit le mariage entre les époux proteste contre la faculté qui serait donnée à l'un des conjoints de laisser son conjoint, faute de ressources, manquer de soins médicaux, s'il ne trouvait médecin assez charitable pour les lui fournir gratuitement.

C'est ici le lieu de faire intervenir le « devoir de secours » réciproque entre époux, contraignant chacun d'eux, dans la mesure de ses propres moyens à procurer à l'autre toutes les choses nécessaires à la vie, à la seule condition que les ressources de ce dernier soient insuffisantes. (Art. 212, C. civ.)

Cette « dette alimentaire » ne se distinguant que par cette condition de l'obligation d'entretien, n'en diffère que par ses cas d'application, mais non par sa nature et son étendue. Le médecin pourra donc faire valoir sa créance d'honoraires contre le débiteur de l'une tout comme contre le débiteur de l'autre, à la seule condition de prouver que les ressources personnelles de son client sont insuffisantes pour le payer, — point qui rend plus avantageux pour lui la faculté d'invoquer, s'il le peut, l'obligation d'entretien.

Quand un client n'a pas le moyen de le payer, c'est à son conjoint que le médecin doit s'adresser tout d'abord, bien que cette même obligation alimentaire pèse aussi sur d'autres personnes : ascendants, descendants et beaux-parents. (Art. 205-207, C. civ.) En raison de l'intimité créée par le lien du mariage, c'est le conjoint qui s'y trouve en première ligne (1). Mais bien entendu, s'il ne parvenait point à se faire complètement payer par lui, le médecin aurait le droit de se retourner contre les autres débiteurs.

L'obligation alimentaire entre époux persiste dans une certaine mesure après la dissolution du mariage, soit par décès, soit par divorce.

En cas de décès, l'époux survivant dans le besoin a le droit, s'il ne recueille aucune part de la succession de son conjoint, de réclamer des « aliments » à ses héritiers dans l'année du décès, ou jusqu'au partage de la succession, s'il n'est point achevé dans ce délai. (Art. 205, C. civ., modifié par loi 9 mars 1891.)

En cas de divorce, l'époux au profit duquel il est prononcé peut, s'il est dans le besoin, réclamer à l'autre une pension alimentaire n'excédant pas le tiers de ses ressources (Art. 301, C. civ.) ; et la jurisprudence n'exige pas que cett demande soit introduite, ni que le besoin se manifeste dans un délai déterminé depuis le prononcé du divorce (2).

Dans ces deux cas, le médecin aurait donc, nonobstant la dissolution du mariage, le droit de s'adresser au conjoint de son client, ou à ses héritiers, si son client gardait le silence.

III

Jusqu'à présent, nous avons envisagé le droit du médecin sans tenir compte du fait matériel de la vie commune. Celle-ci n'exerce-t-elle jamais d'influence à cet égard ?

A) La rupture de la vie commune crée parfois des difficultés au médecin voulant poursuivre le conjoint de son client.

Tant que les deux époux font ménage ensemble — un jugement de séparation de corps les en aurait-il dispensés, — le devoir d'entretien ou la dette alimentaire s'accomplit sous la forme de remises d'objets mobiliers ou d'argent au fur et à mesure des besoins du conjoint créancier, sans chiffre maximum rigoureusement fixé à l'avance. Les créanciers seront donc payés à quelque moment qu'ils se présentent et il en sera ainsi notamment du médecin.

Au contraire, quand ils ont rompu la vie commune — qu'ils y soient ou non légalement autorisés par jugement de séparation, — leurs obligations s'exécutent à l'ordinaire sous forme de paiement d'une pension, dont le chiffre et les échéances sont fixés par sentence de justice. Dans ce cas, l'époux débiteur ne pourrait être actionné en paiement d'honoraires par le médecin de son conjoint, s'il prouve qu'il a payé régulièrement les arrérages de sa pension. Sans cela, on l'obligerait à payer deux fois pour la même cause : une première fois entre les mains de son conjoint, une seconde entre celles de son créancier (3).

Comment devra donc s'y prendre le médecin pour se faire payer ?

Il est vrai que les pensions alimentaires étant insaisissables les créanciers ordinaires ne peuvent

---

(1) Paris, 14 août 1886. *Journ. des Notaires*, 1866, p. 576.

(2) Règle admise déjà dans notre ancien droit. V. les arrêts des 19 avril 1580 et 20 août 1615 précités ; et pour le droit nouveau : Trib. Seine, 13 déc. 1893 et 28 fév. 1905, précités.

(3) Cas., 27 janv. 1857, précité ; sic Aubry et Rau, *Cours de dr. civ.*, 4e éd. § 514, texte et note 66, p. 405.

(4) Paris, 23 nov. 1905, précité. Dans une intéressante note parue dans le jug. Trib. Seine, 28 fév. 1905, dans le *Concours Médical* 1905, p. 236. Me Gatineau, le distingué conseil judiciaire du « Sou médical » donne, en toute hypothèse, au médecin une action solidaire contre les deux époux, en le considérant comme le « gérant d'affaires » de la femme, pour le service qu'il lui a rendu personnellement. Cette thèse, susceptible d'être étendue à tous les fournisseurs de la femme, car ils lui rendent personnellement service, nous paraît inconciliable, avec l'art. 1419, C. civ. et les termes du jugement commenté.

(5) Cf. Demolombe, *Tr. du Mariage*, II, n° 169 ; Just. Paix, Meulan (Seine-et-Oise), précité.

(1) Planiol. — *Tr. Droit civil*, 4e édition, I, n° 672.

(2) Sur les demandes postérieures au divorce, v. Cass. 10 mars 1891, S. 1891, 1-148 ; D. P. 1891, 1.75. — Sur les causes postérieures au divorce, v. Montpellier, 19 mars 1901. S. 1905. 2.57 ; D. P. 1902. 2-25.

(3) Demande s'appuyant sur l'obligation alimentaire : Gand, 15 févr. 1905, *Pasicrisie belge*, 1905, 2 289 Cf. pour les demandes s'appuyant sur l'obligation d'entretien : Trib. Lyon, 7 déc. 1901, *Gaz. Pal.*, 1902 1.64.

saisir-arrêter leurs arrérages non payés (Art. 581; C. proc. civ.).

Mais la créance du médecin, en rentrant dans les frais alimentaires auxquels la pension est affectée, il aurait le droit de pratiquer opposition à leur paiement dans les mains du mari, sans même avoir besoin d'une autorisation préalable du juge. (Art. 582, Code proc. civ.) (1).

B) Inversement, la vie commune entre deux personnes qui ne sont pas mariées, donnerait-elle au médecin une action en paiment d'honoraires contre l'une pour soins à l'autre? Cette question est extrêmement importante à notre époque, où dans la classe ouvrière se multiplient les unions libres.

Dans les grandes villes principalement, il est souvent difficile au médecin de savoir si ses clients sont mariés ou non; il ne peut cependant leur demander communication de leur acte de mariage, pas plus que de leur contrat de mariage et doit donc nécessairement se fier aux signes extérieurs ordinaires, en tête desquels se place la vie commune. Aussi des médecins trouvent-ils choquant d'être alors privés de recours sur lesquels ils ont compté Le droit leur donnera souvent satisfaction (2).

D'abord, lorsque l'erreur sur le mariage etait si peu démentie par les faits qu'elle était occupée par l'opinion publique, on peut certainement invoquer la maxime traditionnelle : *Error communis facit jus* ; et le médecin aura les mêmes recours qu'en cas de mariage.

Nous irons même plus loin. Son ministère le conduit parfois brusquement auprès de personnes dont il n'a jamais entendu parler. Comment verifierait-il si elles sont mariées, avant de leur donner des soins qu'on lui réclame? Il a donc pu de bonne foi compter sur les mêmes droits qu'en cas de mariage. sur quoi s'appuierait-on pour les lui refuser? Les prétendus epoux n'ont pas le droit de s'en plaindre car, supportant les conséquences de leur propre fait, leur mauvaise foi ne saurait les protéger. Quant au médecin, nulle faute n'existe à son actif, puisqu'il n'avait aucun moyen de vérification.

La question n'a pas encore été soumise aux tribunaux. Cependant, certaines décisions portent à croire qu'ils la trancheraient en faveur du médecin: car, si elles ont repoussé l'action intentée contre un homme pour dépenses faites par la femme vivant avec lui, c'est en prenant soin d'observer que dans les affaires où elles statuaient, le créancier avait eu des raisons de soupçonner et les moyens de vérifier l'irrégularité de la situation (1). Elles donnent ainsi clairement à entendre que la solution inverse triompherait si ces soupçons n'existaient pas, et si cette vérification n'était pas possible.

Faisons un pas de plus, supposons que le médecin ait des motifs de ne pas croire au mariage, mieux encore, qu'il soit certain de son absence. Il aurait au moins action pour ses soins à l'un des prétendus epoux contre l'autre, lorsque ce dernier l'a envoyé chercher. La jurisprudence qui oblige au paiement des honoraires la personne ayant appelé un médecin pour soigner un ami de passage chez elle, comme ayant à sa guérison un intérêt qui lui fait accepter implicitement cette charge envers le médecin (2), devait à plus forte raison admettre la même solution dans notre hypothèse (3).

D'ailleurs, observons que même si l'on refuse au médecin une action contre l'épouse légitime, en considérant ses honoraires comme mis à la charge exclusive du mari obligé légalement à son entretien, ces motifs ne se rencontrent plus à l'égard de la femme vivant en union libre, celle-ci sera certainement personnellement tenue de payer les honoraires de son médecin (4).

On voit par ce qui précède que les principes généraux du droit suffisent, par leur jeu normal, à faire au médecin une situation assez favorable, au cas où il sait ou croit son client marié, et que la jurisprudence la plus récente consacre pleinement cette situation.

(1) Cass. 18 janv. 1875, S. 75 1.153.
(2) Brouardel. *L'exercice de la Médecine et le Charlatanisme*, p. 437.

(1) V. notamment Trib. Seine, 10 déc. 1901, D. 1902 2.133.
(2) Trib. Toulouse, 2 juin 1904, précité, et Cass. 4 déc. S 1872. 72. 1.430.
(3) Just. Paix Moy (Aisne), 17 nov. 1903, *Concours médical* 1904, p. 253.
(4) Cf. Trib. Seine, 10 décembre 1901, précité.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

La réorganisation des groupements syndicaux.

Le *Concours médical*, secondant de tous ses efforts la tentative de MM. les Drs Bolliet et Lambin et des Fédérations du Sud-Est et du Nord, tient à donner des documents à mesure qu'ils lui sont communiqués.

Voici d'abord deux lettres adressées à M. le Dr Bolliet : l'une d'elles est confirmée par lettre au *Concours*.

Syndicat des médecins de Valence et de la région.

Valence, le 14 mai 1906.

Très honoré confrère,

Après avoir pris connaissance du rapport de M. le Dr Bolliet, le bureau du Syndicat des médecins de Valence et de la région a adopté les conclusions de notre distingué confrère.

Nous nous permettrons cependant quelques considérations à son sujet :

1° Nous considérons *le Syndicat départemental* comme la limite pratique de fractionnement de l'organisation syndicale. En effet, un syndicat ne peut agir efficacement, faire une publicité utile, prendre en main les intérêts des syndiqués qu'autant que ses ressources lui permettront de se substituer à l'individu et de faire face aux dépenses. Il ne serait pas juste de n'envisager que l'intérêt général de la corporation, la défense des intérêts particuliers entrant aussi pour une bonne part dans les mobiles qui nous attirent l'adhésion des confrères. Le fractionnement des cotisations aurait pour but de diminuer la force vive du Syndicat départemental. Celui-ci, placé au siège du conseil général et de la préfecture, risquerait de voir son influence diminuer du fait de l'apathie ou de l'abstention possible de cercles négligents ou opposés aux réformes. Enfin, les intérêts des confrères du même département sont les mêmes, puisque, dans la grosse majorité des cas soumis au Syndicat, ces intérêts sont placés dans les mains de l'autorité préfectorale. La difficulté des relations ne pourrait être un obstacle à cette conception de l'unité syndicale, les médecins se déplaçant dans tous les cas avec une grande difficulté et préférant la correspondance par lettres bien suffisante pour créer des

liens et des rapports plus fréquents entre les syndiqués et leur bureau.

2° Nous trouvons dans le groupement régional des syndicats départementaux un grand avantage pour la propagande nécessaire à la formation de ceux-ci. En effet, les mêmes régions ont en général les mêmes aspirations, les mêmes tarifs et surtout *le même recrutement*. En prenant autant que possible pour centre de l'Union régionale *un centre universitaire*, l'Union pourrait dès l'école faire comprendre à l'étudiant l'intérêt que le médecin peut avoir à se syndiquer et par le fait à se grouper autour de ses anciens maîtres. La parole de ceux-ci aurait un grand poids pour entraîner des volontés ignorantes ou hésitantes ; elle saurait leur montrer, avec l'autorité de l'expérience, dès le début de la carrière, l'importance de la solidarité, question totalement inconnue des jeunes médecins ou injustement méprisée. Ce groupement prendrait donc une nouvelle force basée sur l'unité d'origine, qui ne ferait que s'accroître chaque année avec les promotions successives.

L'organisation départementale se trouverait en présence d'esprits éclairés prêts à venir grossir ses rangs spontanément, sans éprouver des résistances inconcevables à notre époque. Voilà, à notre avis, un des avantages les plus importants de l'Union régionale ainsi comprise. Nous estimons en outre qu'elle simplifie la constitution du Conseil supérieur et qu'elle permet de faire entrer dans son sein des personnalités dont la situation ne pourra donner que plus de force à ses décisions.

3° Il est un point où nous ne sommes point d'accord avec M. le Dr Bolliet, c'est lorsqu'il parle d'élever à 24 fr. la cotisation des syndicats. En effet, nous devons compter avec la situation et les charges de nombreux confrères. Beaucoup sont déjà affiliés presque obligatoirement à des Sociétés locales, à des Amicales, à l'Association générale, à des assurances de toutes sortes. A celles-ci est attribué parfois une importance de premier ordre, au Syndicat professionnel est réservée la dernière place, bien à tort il est vrai ; mais le fait est révélé par une correspondance de chaque jour. Les convaincus de l'efficacité du groupement ne sont pas légion. Nous avons convié récemment tous nos confrères du département à se joindre à nous ou à se grouper par arrondissement ; aucun syndicat ne s'est formé ; trois adhésions nous sont parvenues, et beaucoup de refus ont été basés sur les lourdes charges qui accablent les modestes praticiens, ainsi que sur la participation antérieure à l'Association générale des médecins de France. Nous croyons donc que *pour le moment* ce serait effrayer bon nombre de confrères que d'élever d'emblée à 24 fr. le montant des cotisations. Nous sommes d'avis que la cotisation pour participation à l'Union devrait être simplement élevée du supplément payé par celle-ci à l'Union de France, soit 2 fr. par syndiqué.

4° Quant aux fondations dont l'énumération est si séduisante, elles nous paraissent ne devoir être que le résultat plus ou moins lointain d'une organisation méthodique solidement établie depuis plusieurs années, ayant fait ses preuves et par là même réunissant définitivement la grosse majorité des praticiens de la région.

Veuillez, Monsieur le Président, agréer l'assurance de nos sentiments les plus distingués et l'assurance de tout notre dévouement.

Pour le Président,
Le secrétaire-trésorier,
Dr Regad.

Syndicat médical de l'arrondissement de Caen

Caen, le 25 juin 1906.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai lu avec intérêt votre article paru dans l'*Avenir médical* de juin dernier, sur le projet d'organisation générale des syndicats médicaux.

Je viens simplement aujourd'hui vous donner quelques indications qui vous manquent sur le Calvados. Il y a dans ce département 5 syndicats d'arrondissement : Caen, Bayeux, Lisieux, Pont-Lévêque, Vire. Nous avons de plus organisé une Union départementale de nos syndicats, qui nous a déjà rendu de signalés services.

A la page 323 de votre article, vous proposez un sectionnement par groupes de départements sur lequel il est bon d'attirer votre attention. Les 3 départements : Calvados, Manche, Orne, *forment une région toute naturelle* dont les intérêts, les relations, les modus vivendi sont tout à fait communs. Caen en est le centre tout naturel à cause de son Ecole de médecine, dont les anciens élèves reviennent dans les 3 départements. Nous avons à Caen une Société de médecine (dite de Basse-Normandie) dont les membres se recrutent dans les 3 départements. Notre association des médecins du Calvados (branche de la grande association) fraternise dans ses réunions annuelles tantôt avec les représentants de l'Orne ou ceux de la Manche.

D'autre part, nous avons peu de relations (et des intérêts différents) avec la Seine-Inférieure et l'Eure (région de la Basse-Seine) qui ont des élèves de Paris comme médecins, etc., etc.

Si votre projet réussit, je crois que nous abonderons dans ce sens.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments.

Dr Barette,
Président de l'Union des Syndicats du Calvados.

Syndicat médical de l'arrondissement de Caen

Caen, le 30 juillet 1906.

Je viens vous remercier de l'amabilité que vous avez eue de m'adresser les documents que vous avez pu trouver sur les Unions de syndicats.

A Caen, nous avons lancé l'idée d'une union régionale de la Basse-Normandie, Calvados, Manche et Orne. Sans avoir encore reçu de réponses officielles, nous croyons savoir que les différents syndicats de ces trois départements voient la chose d'une façon favorable.

L'Union des syndicats du département va également être organisée sous peu.

Vous recevrez en même temps que cette lettre un exemplaire de nos nouveaux statuts et le 1er numéro de notre Bulletin, dont le service vous sera fait régulièrement.

En attendant le plaisir de vous revoir, veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Charbonnier.

De son côté, M. le Dr Lambin a dressé dans le *Petit Praticien* (du Nord) un tableau synoptique, un schema de l'organisation projetée que nous publions ci-dessous :

Tableau synoptique des syndicats médicaux de France.

Par le Dr Lambin.

D'après le travail du Dr Bolliet (de Lyon).

(PROJET DE FÉDÉRATIONS RÉGIONALES).

1° Lille (Fédér.).

Nord. — Cambrai (section sud), Dunkerque (A.), Douai, Hazebrouck (A.), Valenciennes (A.), Armentières, La Bassée, Haubourdin, Seclin, Lille, Roubaix, Tourcoing, Avesnes (form.) (A.).

Pas-de-Calais. — Arras (A.), Calais, Boulogne. (**Fédération, boulevard Bigo-Danel, 14, Lille**).

2° Amiens.

SOMME. — Abbeville et R., Amiens (A.).
OISE. — **Synd. Départ.**, rue Gambetta, 30 (*Creil*).

3° Rouen.

SEINE-INFÉRIEURE, — Le Havre (A.), Neufchâtel (A), Fécamp, Rouen et R.
EURE. — Bernay (A.), Evreux (A.).
CALVADOS. — Caen (A.), Pont-l'Evêque, Vire et R.

4° Rennes.

MANCHE. — Saint-Lô (Arr.). Granville.
COTES-DU-NORD. — **Synd. Départ.**, Hôtel-de-Ville, (*Saint-Brieuc*).
FINISTÈRE. — Brest (Arr.), Quimperlé (Arr.), Sud-Finistère (*Quimper*).

5° Nantes.

LOIRE-INFÉRIEURE. — **Synd. Départ.** (*Nantes*), Montaigu.
MORBIHAN. — **Synd. Départ.** (*Vannes*), Lorient et R.
VENDÉE. — **Synd. Départ.** (*La Roche-sur-Yon*) Hôtel-de-Ville.

6° Le Mans.

SARTHE. — **Synd. Départ.** (*Le Mans*) Hôtel-de-Ville.
ORNE. — Mortagne (Arr.), Domfront.
MAYENNE. — *Laval* et Château-Gontier (Arr.), Mayenne (Arr.)

7° Tours.

INDRE-ET-LOIRE. — **Synd. Départ.** (*Tours*), 14, rue des Halles.
INDRE. —
MAINE-ET-LOIRE. — Angers (Arr.), Cholet (Arr.), Saumur (Arr.).

8° Poitiers.

VIENNE. — **Synd. Départ.** (*Poitiers*), Ecole de Médecine.
DEUX-SÈVRES. — **Synd. Départ.** (*Niort*), Hôtel-de-Ville.
CHARENTE. — Cognac et R.
CHARENTE-INFÉRIEURE. — La Rochelle (Arr.), Rochefort et R, région de la Seudre (*Pons*).

9° Limoges.

HAUTE-VIENNE. — **Synd. Départ.** (*Limoges*), boulevard Louis-Blanc, 9.
CORRÈZE. — Brives (Arr.), Ussel (Arr.).
CREUSE. — **Synd. Départ.** (*Guéret*), boulevard Chênevert, 1.

10° Bordeaux.

GIRONDE. — Bazas (Arr.), Rég. du Médoc (*Margaux*), Bordeaux (suburbain), Bordeaux (médecins bordelais), Bordeaux (comite médical) à l'*Athénée*. Libourne et R.
DORDOGNE. — Périgueux (en formation).
LANDES. —
BASSES-PYRÉNÉES. — Bayonne et R.

11° Agen.

LOT-ET-GARONNE. — **Synd. Départ.** (*Agen*), boulevard Carnot, 113.
LOT. — **Synd. Départ.** (*Cahors*), Hôtel-de Ville.
GERS. — **Synd. Départ.** (Dr Barthès, *Auch*).
TARN-ET-GARONNE. — **Synd. Départ.** (*Montauban*), Hôtel-de-Ville.

12° Toulouse. (Féder.)

HAUTE-GARONNE. — **Synd. Départ.** (*Toulouse*), 10, rue Alsace-Lorraine. Synd. de Toulouse.
TARN. — **Synd. Départ.** (*Albi*).
ARIÈGE. — **Synd. départ.** (*Foix*), Hôtel-de-Ville.
HAUTES-PYRÉNÉES. — **Synd. Départ.** (*Tarbes*).

13° Montpellier.

HÉRAULT. — Béziers (Arr.), Cette et R., Montpellier et R.
GARD — Nîmes et R., Syndicat des Basses-Cévennes.
LOZÈRE. — Syndicat des Basses-Cévennes...
AVEYRON. — Millau et R.
AUDE. — Carcassonne et R. (*Dr Bousquet*).
PYRÉNÉES-ORIENTALES. — **Synd. Départ.** (*Perpignan*), Hôtel-de-Ville.

14° Marseille.

BOUCHES-DU-RHONE. — Arles (Arr.), Aix et R. Marseille, 32, rue des Capucins. Salon et R.
BASSES-ALPES. — **Synd. départ.** (*Forcalquier*, Dr Bernard).
ALPES-MARITIMES. — Cannes et R., Nice et R.
VAR. — Draguignan (en formation), Hyères.
VAUCLUSE. — Avignon (Arr.).
CORSE. — Bastia (Arr.).

15° Lyon (Fédér.)

RHONE. — **Synd. départ.** et **Fédération** (6, rue de l'Hôpital, Lyon). S. de la Vallée du Rhône.
SAONE-ET-LOIRE. — Charolles (Arr.), Mâcon (Arr.), Louhans et R., S. de la Vallée de la Dheune (Chagny). S. du Morvan.
AIN. — S. du pays de Gex (Nantua et Belley), Dr Boudin, à Oyonnax, Trévoux, Bourg et R.
SAVOIE. — (En form.). (*Chambéry*).
HAUTE-SAVOIE. — Syndicat du Sud-Est.
HAUTES-ALPES. — **Synd. départ.** (*Gap.*), Dr Coronat, à Gap.
DROME. — Montélimar (Arr.), Valence et R., Vallée du Rhône.
ARDÈCHE. — Vallée du Rhône, Synd. du Bas-Vivarais.
ISÈRE. — Bourgoin, Vallée du Rhône, Synd. du Sud-Est.
LOIRE. — Saint-Etienne et R.

16° Clermont-Ferrand.

PUY-DE DOME. — **Synd. départ.** (*Clermont-Ferrand*), Ambert (Arr.), La Bourboule, Mont-Dore.
CANTAL. — Auriac (Arr.). Mauriac (Arr.).
HAUTE-LOIRE. — Yssingeaux (Arr.).

17° Bourges.

CHER. — **Synd. départ.** (*Bourges*), Dr Moreau, à Bourges.
NIÈVRE. — **Synd. départ.** (*Nevers*), Dr Panné, Syndicat Morvan, Auxois,
ALLIER. — Montluçon et R.

18° Orléans.

LOIRET. — **Synd. départ.** (*Orléans*), Hôtel-de-Ville. Orléans et R. (en form.)
EURE-ET-LOIR. —
LOIR-ET-CHER. — **Synd. départ.** (*Blois*). Hôtel-de-Ville.

19° Verssilles.

SEINE-ET-OISE. — Pontoise (Arr.), Rambouillet (Arr.), Versailles (Arr.).
SEINE-ET-MARNE. — Meaux (Arr.), Montereau, Melun et R., Coulommiers.

20° Paris (Union).

SEINE. — Syndicat médical de la Seine, rue Serpente, 28. Syndicat médical des stations balnéaires, rue de Seine, 12. Syndicat médical des théâtres de Paris. **Union** des Synd, Méd., 28, rue Serpente.

21° Reims.

MARNE. — Epernay (Arr.), Reims et R.
ARDENNES. — Sedan (Arr.), Vallée de la Meuse (Arrondissement de Mézières, Rethel et Rocroi), (*Mézières*, buffet de la gare).

22° Nancy.

MEURTHE-ET-MOSELLE. — **Synd. départ.** (*Nancy*) 4, rue Chanzy.
MEUSE. — **Synd. dép.** (*Bar-le-Duc*), 20, rue de La Rochelle.
VOSGES. —

23° Besançon.

DOUBS. — Pontarlier (Arr.) Besançon et R.
JURA. — **Synd. départ.** (Dr Billon, *Dôle*.

HAUTE-SAONE. — **Synd. départ.** (*Vesoul*), Dr Petitjean, Vesoul.
HAUT-RHIN. — **Synd. départ.** (*Belfort*), 1, place de l'Arsenal.

24e Dijon.

CÔTE-D'OR. — Dijon (Arr.), Rég. du Morvan, Rég. de l'Auxois.
YONNE. — Joigny (Arr.), Sens (Arr.).
AUBE. — **Synd. départ.** (*Troyes*), 2, rue St-Martin.
HAUTE-MARNE. —

25e Alger.

ALGER. — **Synd départ.** (*Alger*), Hôtel-de-Ville.
ORAN. — Synd. des méd. communaux (*Oran*).
CONSTANTINE. — (En form)

*
* *

Permettre à chacun de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les Associations médicales de défense professionnelle, et juger de leur puissance lorsqu'elles seront fédérées et unies ; donner aux Syndicats la facilité de communiquer aux groupements similaires, quelqu'éloignés qu'ils soient, les ordres du jour, décisions, etc., proposés ou votés en vue de l'intérêt général de la profession, tel est notre but en publiant ce tableau.

Le *P. P.*

Nous persistons à répéter qu'il ne faut pas se croire obligé de réaliser au pied de la lettre les circonscriptions projetées par nos camarades. La formation de celles-ci doit moins s'inspirer de la géographie administrative que de l'analogie des habitudes et des intérêts. que de la facilité des relations, que de la similitude des honoraires. En cela nous partageons l'avis de M. Barette. Avec lui aussi, comme avec nos confrères de Valence, nous émettons le vœu que les centres universitaires soient les centres syndicaux régionaux, mais à une condition cependant, c'est que l'action syndicale n'y soit pas paralysée par les considérations d'ordre professionnel qui tiennent tant de place dans les Ecoles et Facultés, grandes ou petites.

L'important, à notre avis, est qu'après toute cette réorganisation on n'ait plus à nous envoyer au sujet de l'inertie des syndicats des lettres du genre ci-dessous.

21 juillet 1906.

Dernièrement s'est tenue au chef-lieu la réunion du syndicat des médecins de notre département, réunion pitoyable comme d'habitude : d'abord à cause de l'apathie du grand nombre qui négligent de se déranger (nous étions 20 environ) — et puis parce que la discussion a roulé presque tout le temps sur des questions qui divisent surtout les médecins de la ville chef-lieu.

Voilà 2 ou 3 fois que ceux-ci, au lieu de laver leur linge sale en famille, profitent de la présence de leurs collègues du département pour discuter entre eux. — Espérons que le nouveau bureau saura donner au syndicat une direction dont il manque totalement.

31 juillet 1906.

Mon cher Directeur,

A propos de votre réponse au docteur B... de M... contenue dans le numéro 26, je puis vous affirmer que l'apathie du Syndicat de notre ville est au-dessus de tout ce que l'on peut s'imaginer.

Connaissez-vous quelque chose d'utile fait par ce Syndicat ?

Voyez-vous les membres de son bureau se rendre dans nos réunions ?

En font-ils seulement partie ?

Ils ont cure des intérêts professionnels autant qu'un rat d'une toupie.

Depuis trente ans au moins la visite pour les ouvriers n'est pas inférieure à 2 fr. 50 et 3 fr. dans notre grande ville.

Je l'ai dit à l'assemblée du « Sou » l'an dernier, mais le syndicat n'a pas pris la peine d'en déposer à l'enquête ministérielle.

Mesquineries, potinages, palabres inutiles, quand ils ne sont pas nuisibles aux confrères, voilà le bilan du Syndicat depuis des années et des années, et ce n'est certes pas le bureau actuel qui modifiera quelque chose. Non !!!.

Il y a dix ans que le Parquet et le Consul d'Angleterre prient le Syndicat de déposer une plainte en exercice illégal contre un parfumeur qui gagne de 12000 à 15000 francs par an. L'avez-vous vue, cette plainte ?

Je vous ai signalé, en avril dernier, le cas d'un pharmacien qui dans une arrière-boutique tripote, avec ou sans médecin, les accidents du travail ; on a saisi le syndicat le 31 mars ; nous sommes le 31 juillet et rien encore.

CORRESPONDANCE

Gare aux pudiques Anglaises.

6 juillet 1906.

Monsieur le Directeur,

Une bande de voleurs d'outre-Manche a essayé, le mois dernier, de voir jusqu'où irait ma crédulité. Le succès n'a pas couronné leur entreprise ; mais comme il est probable qu'ils se sont adressés ou qu'ils s'adresseront encore à plusieurs de mes confrères, j'estime qu'il est de bonne solidarité de vous faire part de la tentative du vol à l'anglaise dont, avec un peu de naïveté, j'aurais pu être la victime.

Le 2 juin, je recevais de Londres une lettre dont voici la copie :

Monsieur, c'est avec beaucoup d'hésitation que je m'adresse à vous, mais vous me comprendrez mieux quand je vous aurai expliqué ma situation.

J'ai 22 ans et, d'origine française par ma mère, je devais me marier bientôt quand, il y a six semaines, la terrible nouvelle nous est parvenue, mon fiancé avait été mortellement atteint pendant la révolte des Zoulous, il était lieutenant. Maintenant je suis perdue si vous ne m'aidez. Je ne puis cacher ma position plus longtemps. Ma sœur, qui a habité V..., a souvent entendu parler de vous, et lorsque je me suis confiée à elle, elle m'a conseillé de m'adresser à vous.

Profitant de son départ prochain pour aller retrouver son mari à Port-Saïd, j'ai obtenu de mon père l'autorisation de l'accompagner et rester deux mois avec elle. Si cela vous était possible, je pourrais aller chez vous faire mes couches et trouver une nourrice pour mon enfant.

Un petit héritage qui nous a été partagé entre ma sœur et moi à ma majorité et dont j'ai le contrôle, rend la chose faisable, et ainsi vous me rendriez la vie, car jamais mon père ne me pardonnera ma faute. Si vous acceptez, répondez-moi de suite, me donnant vos conditions pour la pension chez vous pendant un mois et les soins que mon état demande.

Je sais que je puis compter sur votre discrétion et votre savoir. Répondez-moi de suite, je vous en prie, car la honte m'a fait attendre au dernier moment et je crains que la fin ne tarde pas plus de 3 semaines. (*Le papa devait être singulièrement myope.*)

Je vous en prie, ne me jugez pas mal et si vous sa-

viez combien je suis malheureuse ! Vous avez bon cœur j'en suis bien sûre et ce sera un acte d'humanité dont je vous serai reconnaissante toute ma vie.

Merci d'avance, Monsieur, et dans l'attente de vous lire, car vous êtes mon seul espoir, recevez l'assurance de ma sincère reconnaissance.

S. Deuby, 77 Union Street, London.

Dans votre lette indiquez-moi, je vous prie, les papiers qu'il me sera nécessaire d'emporter, car ma sœur m'a dit qu'en France cela était indispensable.

Flairant une mystification ou quelque chose de drôle, mais voulant en avoir le cœur net je répondis à miss Deuby que, en lisant sa lettre j'avais tout d'abord pensé à une fumisterie, mais qu'après mûre réflexion, j'avais cru en sa sincérité. J'ajoutais qu'à cause de ma nombreuse famille et de l'exiguïté de mon logement, je ne pouvais pas prendre de pensionnaires, mais qu'il me serait possible de la faire admettre chez une de mes clientes où il me serait facile de lui donner mes soins. — Quelques jours après, je recevais la 2e lettre suivante :

18 Juin,

Monsieur le Docteur,

Hélas ! non, ma lettre n'est pas une plaisanterie, c'est malheureusement la vérité et j'espère que vous voudrez bien vous occuper de moi auprès de cette maison discrète, car ce que je demande, c'est d'être retirée et seule à mon chagrin et trouver une famille honorable qui s'occupera de mon petit enfant. Sans être très fortunée je puis vous dire que j'accepte votre prix d'avance, car je suis sûre qu'il sera raisonnable. Vous pouvez traiter, pour moi, auprès de ces personnes et suis toute disposée de les rembourser dès mon arrivée des frais supplémentaires qu'ils se croiraient obligés de faire en vue de mon arrivée. Ma sœur étant prête, je pense être chez vous d'ici quelques jours. Du reste je vous préviendrais, par un télégramme du jour exact.

J'attends avec impatience d'être auprès de vous ; je ne serai tranquille que là.

En attendant le plaisir de vous voir, recevez, Docteur, mes sincères salutations. S. D.

Deux jours après, je recevais, mais de Paris cette fois, la 3e lettre dont voici la teneur :

20 Juin.

Monsieur le Docteur, je suis obligée de m'arrêter quelques jours à Paris, car la traversée m'a beaucoup fatiguée : ma sœur en profite pour faire quelques achats. Nous serons chez vous le mercredi 27 juin et je vous préviendrai par télégramme de l'heure exacte de notre arrivée.

Ma sœur ne restera pas longtemps avec nous, car elle doit se rendre à Marseille le 29 pour prendre son paquebot *Victoria*, mais elle m'aura vue installée et partira plus tranquille.

On vient de nous prévenir que mes bagages et une malle appartenant à ma sœur et contenant des affaires nécessaires pour son mari sont restés en arrière.

Pour éviter des retards et les risques à ma sœur de manquer son paquebot, je télégraphie à la maison de camionnages Miguel, de Londres de les faire prendre et vous les expédier en grande vitesse.

Je compte que vous voudrez bien me rendre le service de les recevoir et d'en régler le transport que je vous rembourserai dès mon arrivée.

Recevez etc...

S. D.

Enfin, le surlendemain, le facteur me remettait venant de la maison J. Miguel, 16 Southwark Bridge Road à Londres, la dernière lettre que voici :

Monsieur, nous venons de recevoir de Paris un télégramme de miss Deuby nous chargeant de vous expédier par grande vitesse, en les assurant pour 1000 kilog., deux malles et un panier osier.

Les règlements de la Compagnie (notice du 6 mars 1906) nous interdisant tout envoi port dû de colis assurés, en grande vitesse, à destination de l'étranger, nous vous prions donc de nous faire parvenir par retour du courrier le montant des charges soit 39 fr. 05 afin d'éviter les frais et les délais d'une consignation qui serait à votre charge. Nous devous en outre vous informer que si nous ne sommes pas couverts au plus tôt, nous déclinons toute responsabilité pour retards, pertes ou avaries. Nous vous adressons à vous, le destinataire, n'ayant pas l'adresse de miss Deuby à Paris.

Recevez, etc.

Définitivement fixé sur l'état d'âme de mes correspondants et voulant en finir j'écrivis aussitôt à la maison Miguel la lettre suivante que, ma foi, j'oubliai d'affranchir, et qui ne me fut pas retournée :

Monsieur, bien que vous me disiez ne pas connaître l'adresse de miss Deuby à Paris, j'espère que vos relations vous permettront de la trouver sans trop de difficulté, et alors vous voudrez bien lui dire de ma part qu'elle a fait fausse route en me prenant pour un naïf ; vous pourriez ajouter que les 3 lettres aussi intéressantes que suggestives, qu'elle m'a adressées sont depuis hier entre les mains du Procureur de la République de mon arrondissement ; votre propre lettre, Monsieur, y est également.

Vous ferez ce que vous voudrez des prétendus colis de la plus ou moins imaginaire miss Deuby. Tâchez de trouver un bon gogo qui se laisse prendre à ce truc, un peu trop grossier, et je vous souhaite bonne chance ainsi qu'à votre associée.

C'est égal, cette petite machination m'a fort amusé bien qu'au fond elle ne soit pas de première force. Si on se mêlait d'expédients de ce genre en France, je crois que, sans vanter mes compatriotes, ils seraient plus habiles et plus spirituels.

Tout en vous réitérant mes souhaits de meilleure chance d'un autre côté, je vous prie, Monsieur, d'agréer l'expression des sentiments que votre personne m'inspire.

Dr D.

Je vous demande pardon des longues citations qui font de ma lettre une espèce de salade anglaise des plus indigestes. Je voudrais bien savoir si la bande en question s'est adressée à d'autres confrères dans le même sens et pour le même but, l'escroquerie. Je trouverais pour le moins singulier d'avoir été l'unique objet de leur préférence. La publication de ce récit empêchera, peut-être que ces audacieux filous ne fassent des victimes, parmi les médecins de campagne surtout qui font le plus souvent l'office de sages-femmes.

Agréez, Monsieur le Directeur, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr A. D.

La loi-accidents et l'assistance médicale en Hollande.

Eindhoven, le 4 août 1906

Très honoré confrère.

Permettez-moi de m'adresser de nouveau à votre bienveillance pour nous demander des renseignements qui pourront être de grande importance pour la solution de questions encore indécises, et du plus haut intérêt pour notre collectivité médicale néerlandaise, qui, à la veille d'une élaboration de loi, qui assure aux ouvriers et similaires du secours, en cas de maladie, tant médicaux que phar-

maceutiques et pécuniaires, tient à fixer une ligne de conduite pour ses revendications et aspirations professionnelles.

Votre point de vue quant aux honoraires est pour moi *tabula rasa*, ce qui n'empêche pas que la pluralité des médecins hollandais, surtout dans les grands centres, malgré les leçons qui nous viennent d'Allemagne et de l'Autriche, sont des partisans forcenés du payement par abonnement,

Cette loi oblige le médecin qui traite la victime d'un accident de délivrer un certificat tout comme chez nous ; lui demande des rapports hebdomadaires quant à la durée probable de l'inactivité forcée de la victime, et des circonstances qui peuvent influencer la durée de l'incapacité du travail.

La loi sur les accidents du travail (1903) rétribue les médecins à la visite selon un tarif bien moins bénévole que votre tarif officiel de novembre 1905.

La même loi peut forcer le médecin traitant de paraître devant un tribunal spécial qui règle les litiges. A la suite de ces préoccupations, la pluralité de notre association médicale demande, exige même que dans la loi future d'assistance médicale, qui englobera aussi les victimes d'accidents du travail, le médecin traitant soit libéré de toute sorte de certificats, et que le contrôle nécessaire, pour fixer l'incapacité de travailler, soit exercé par des médecins *ad hoc*, en d'autres termes par des fonctionnaires médicaux dépendant et rétribués par l'Etat ou par les caisses de secours reconnues par l'Etat.

Cette solution me paraît par trop radicale, par trop onéreuse pour les caisses de l'Etat ou les caisses particulières reconnues, par trop défavorable pour les malades et les accidentés du travail, dont les intérêts dépendent de fonctionnaires, qui à tort ou à raison, à leurs yeux, tendent à favoriser les intérêts de la caisse, et incompatible avec la position du médecin, qui par sa position doit avoir au cœur les intérêts de ses malades et les intérêts généraux publics auxquels il ne saurait se soustraire sans léser les devoirs socio-médicaux que lui commandent sa position et ses fonctions libérales dans le siècle où nous vivons, dans le seul but de se soustraire aux difficultés qui peuvent lui arriver de la part de l'Etat ou de la part de ses malades, ou des caisses par trop exigeants pour sa droiture et son honorabilité et parfois contraires à ses intérêts pécuniaires privés.

Excusez-moi, très honoré confrère, de ce long préambule pour vous demander de vouloir bien m'indiquer la littérature française qui pourra m'éclaircir dans ce labyrinthe, et qui pourra me renseigner sur le mode de contrôle suivi et désiré par nos confrères français dans cette matière.

Recevez mes meilleurs remerciements, et l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr DIEPEN,
Abonné et lecteur assidu du *Concours médical*.

N. D. L. R. — Nous demandons à M. le Dr Diverneresse de vous documenter en vous adressant le peu qui n'aurait pas été publié, par notre journal. Il est assez explicable que nos lois et nos habitudes, qui commencent à s'inspirer du régime égalitaire d'une république, aient peine à s'acclimater dans le milieu monarchique où vous vivez ainsi que vos confrères. Même chez nous, l'imprégnation ancienne est encore très forte et les progrès de la liberté sont lents.

Les certificats médicaux des accidents du travail.

F..., le 2 août 1906.

Honoré confrère,

Le dossier que vous avez bien voulu m'adresser concernant mon droit de délivrer des certificats aux accidentés du travail, soumis à la loi 1898-1905 n'a pas été accepté par le directeur des usines métallurgiques de F..., et je suis débouté par lui.

Fort de mon droit et éclairé de vos bons conseils, je veux aller jusqu'au bout.

Je vous renouvelle donc les points en litige :

X., directeur des usines, a un médecin assermenté pour la délivrance de tous certificats concernant ses ouvriers blessés.

Il me dénie le droit de délivrer ces certificats ; voici ses raisons :

1° Il ne me les demande pas.

2° Il n'en a pas besoin.

Il reste donc à savoir : 1° si le droit de délivrer des certificats pour accidents du travail est subordonné au bon vouloir d'un directeur, patron, etc., etc.

2° Si la loi exige la délivrance d'un certificat malgré le refus du patron ?

M. le directeur me dit que la jurisprudence lui permet de refuser mes certificats. Il va en outre consulter M. Chaumié, ancien ministre, avocat de la compagnie des usines du Périgord et va lui demander une consultation écrite.

Ne pourriez-vous pas avoir une consultation écrite de Me Gatineau !

Autre cas :

Un ouvrier vient d'être la victime d'un accident peu grave (corps étranger de l'œil, par exemple). Il demande la permission de sortir de l'usine pour aller chez son médecin. Celui-ci (je) soigne l'accidenté, etc. Le malade reprend son travail le soir même.

1° Oui ou non ce malade me donne-t-il le droit de percevoir les honoraires dus en raison de la consultation que je lui ai donnée ! le patron me répond « non » « parce qu'il n'a pas cessé le travail ».

2° Dois-je faire des certificats dans des cas analogues ?

Oui, semble-t-il, car le malade peut reprendre, à la rigueur, le travail le soir même, mais qui assure qu'il pourra le faire le lendemain matin !

Si vous croyez utile de publier votre réponse dans le *Concours*, j'en serais heureux pour des confrères qui peuvent se trouver dans le même embarras que moi-même.

Avec toutes mes excuses, tous mes remerciements et l'assurance de mes sentiments confraternels.

D^r M.

Réponse.

Le 12 août 1906.

Mon cher confrère,

A la rigueur, le chef d'entreprise n'est pas tenu d'accepter le certificat que vous faites à votre blessé pour le joindre à sa déclaration.

Mais de son côté le blessé n'est tenu de recevoir le médecin du patron qu'après l'autorisation du juge de paix et après avoir averti par lettre recommandée le médecin traitant, art. 455. Encore ce médecin n'a pas le droit d'examiner le blessé, ni de le *toucher*, il ne peut que l'*interroger* et *regarder* la plaie si le pansement a été enlevé par le médecin traitant (voir à ce propos le *Concours médical* (n° 36), 9 septembre 1905, page 587 ; *Concours médical* (n° 42), 21 octobre 1905, page 671 ; *Concours médical* (n° 50), 16 décembre 1905, page 817, consultation Gatineau).

Le rôle du médecin, du patron, étant ainsi limité, il lui est bien difficile de faire un certificat sérieux.

Si donc le patron ne veut pas du certificat du médecin du blessé, il est donc obligé de demander au juge de paix la nomination d'un expert en exécution du § 3 de l'art. 13, et de la circulaire du Ministre du commerce en date du 23 mars 1902 publiée dans le « Recueil de documents sur les accidents du travail réunis par le ministre du commerce », 1902, n° 4, page 22, Berger-Levrault, éditeur, 5, rue des Beaux-Arts, Paris.

Lors donc qu'un patron refuse le certificat d'accident fait par le médecin du blessé, voici ce qu'il faut faire lorsque, par la suite, on a à soigner des ouvriers de ce patron ; on fait le certificat d'accident puis, en exécution du § 4 de l'art. 11, on envoie un voisin du blessé, ou on va soi-même comme méde-

cin du blessé faire la déclaration d'accident,en laissant à la mairie le certificat, on reçoit en échange un récépissé de la déclaration d'accident au nom du blessé. De la sorte, le certificat a été employé pour la déclaration d'accident faite à la mairie par le blessé. Le paiement de ce certificat est dû par le patron en exécution de l'art. 9 du tarif ministériel qui ne fait aucune distinction entre le certificat nécessaire pour la déclaration d'accident faite par le patron ou par le blessé.

Quant au patron, on le laisse se débrouiller comme il l'entend. On prévient le blessé qu'il doit mettre à la porte tout médecin se présentant sans être muni du visa du juge de paix (art. 4, § 5) et sans être porteur du talon de récépissé de la lettre chargée adressée au médecin traitant. Même dans le cas où le médecin traitant est en règle, il n'a pas le droit de *toucher au blessé*, il doit se renseigner seulement *de visu* (circulaire du directeur de l'assistance publique du 28 février 1901, publiée dans le « *Concours Médical* » du 21 octobre 1901, page 671, consultation de Mᵉ Gatineau, « *Concours Médical* » 16 déc. 1905, page 817).

Lorsque les patrons récalcitrants auront été soumis à ce régime strictement légal pendant quelques mois, ils feront amende honorable, et accepteront et paieront les certificats des médecins choisis par les blessés : si par hasard des juges de paix n'acceptaient pas cette doctrine et rendaient des jugements contraires, nos confrères voudraient bien nous en envoyer une copie, et le « Sou médical » n'hésiterait pas à porter la question devant la cour de Cassation.

Ne vous laissez pas bluffer par les patrons qui parlent de médecins assermentés. Il n'y a pas de médecins assermentés près des patrons, il y en a seulement auprès de certains tribunaux. En tout cas ils n'ont pas plus de droit que les autres pour faire des certificats d'accidents.

Le chef d'usine ne vous demande pas de certificat, ce n'est pas une raison pour qu'il ne vous le paye pas. Il suffit que le blessé vous l'ait demandé et qu'il en ait besoin pour faire sa déclaration pour que le patron soit tenu de le payer.

Il n'est pas nécessaire que le patron en ait besoin, il suffit que le blessé en ait besoin pour que le patron, qui est tenu de payer les frais médicaux, soit obligé de le payer en vertu de l'art. 4 de la loi et de l'art. 9 du tarif ministériel.

En attendant la consultation de M. Chaumié, ancien ministre et avocat des mines du Perigord, assignez le patron devant le juge de paix et envoyez-nous le jugement.

Il n'est pas nécessaire, pour que le patron soit tenu de vous payer les honoraires de vos soins que le blessé n'ait pas interrompu son travail. Du moment qu'il s'agit d'un accident du travail le patron doit les soins. Tant mieux pour le patron et pour l'ouvrier si cet accident n'interrompt pas le travail. Mais l'art. 4 n'a prévu aucune exception pour les soins donnés à un blessé du travail, le patron les doit donc dans tous les cas sans exception.

Quant au certificat, il vaut mieux, pour éviter des frais, attendre qu'il y ait dans les cas légers, le plus petit soupçon de complications ou de conséquences pour l'avenir ; dans ce cas il faut engager le blessé à faire sa déclaration pour réserver tous ses droits, et il faut lui donner alors le certificat qui doit accompagner sa déclaration. Dans ce cas, le certificat doit être payé par le patron bien que celui-ci ne l'ait pas demandé, et bien qu'il ne croie pas en avoir besoin.

Dʳ DIVERNERESSE.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions Honorifiques. — Nous adressons nos sincères félicitations à M. le Dʳ Maurice BOULAY, de Paris, membre du « Concours », récemment promu chevalier de la Légion d'honneur.

Enseignement supérieur libre. — *Académie de Paris.* — L'Ecole Dentaire Française reconnue et autorisée par décret ministériel en date du 25 Novembre 1896 est située au 29 du boulevard Saint-Martin et 36, rue Meslay.

La rentrée est fixée par l'Académie au 15 octobre. Le registre officiel est ouvert du 15 octobre au 15 novembre.

L'Ecole reçoit, outre les élèves visant le Diplôme de l'Etat, des élèves libres, français ou étrangers, qui peuvent s'inscrire à toute époque de l'année.

Bon accueil est réservé aux Docteurs en Médecine qui, désirant se spécialiser en art dentaire, voudraient se faire inscrire pour un temps facultatif.

Faculté et hôpitaux.

Un cours de vacances de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique, commençant le 16 septembre 1906, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le Prof. Dieulafoy, le matin de 10 h. à midi.

Ce cours aura pour programme : 1° Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades; 2° les recherches bactérioscopiques, cystoscopiques, hématoscopiques, uroscopiques et coprologiques applicables au diagnostic clinique ; 3° Les principales indications et les principales techniques thérapeutiques.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. Lœper et René Gaultier, chefs de clinique ; O. Crouzon et Nattan-Larrier, chefs de laboratoire ; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants.

Le droit à verser est de 80 francs.

— M. Marcel Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le mercredi 21 novembre 1906, avec le concours de ses assistants, MM. Paul Laurens et Hautant, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques.

Le cours sera complet en 33 leçons. Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments.

Le nombre des places étant limité, prière de vouloir bien s'inscrire d'avance auprès de M. Paul Laurens, assistant du service, à l'hôpital St-Antoine, Paris, XIVᵉ

— L'ouverture du prochain concours de l'externat aura lieu le lundi 17 septembre à 4 h. précises, dans la salle de concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire, au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 h. à 3 h. du mercredi 1ᵉʳ août jusqu'au vendredi 31 du même mois inclusivement.

Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont appelés à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs JUNIN, de Saint-Jean de Liversay (Charente-Inférieure), AURET de Saint-Laurent-d'Aigouze (Gard), BLACHE, de Privas (Ardèche) et PALLIER, de Saint-Quay-Portrieux (Côtes-du-Nord), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dʳ H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année **N° 34** 26 AOUT 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La révision de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Avec la législature nouvelle, nous allons certainement voir surgir une nouvelle proposition de révision de la loi sur l'exercice de la pharmacie, et il est non moins vraisemblable que cette proposition aura le sort de ses aînées et ne parviendra jamais à affronter la discussion de nos deux assemblées délibérantes.

C'est que toutes les propositions de ce genre n'ont guère pour but que d'étendre et de renforcer le privilège qu'a assuré aux pharmaciens la loi de germinal et ne tiennent aucun compte ni de l'intérêt public, ni des conditions ambiantes, qui ont pourtant quelque peu changé depuis un siècle.

Les exigences modernes cadrent mal avec ces prétentions étroites : les privilèges ont fait leur temps et c'est vers la liberté commerciale qu'il convient de s'orienter aussi bien pour la pharmacie que pour les autres commerces. Les pharmaciens — ils ne me contrediront pas — ont tout fait depuis quarante ans pour commercialiser leur profession et se sont enlevés à eux-mêmes le droit de protester contre une assimilation devenue banale ; la seule réserve, qu'en l'espèce, il soit possible de faire, consiste dans les mesures à prendre pour la protection de la santé publique.

C'est de cette seule considération qu'aura cure le législateur, et c'est, en dehors d'elle, au droit commun et à la liberté qu'il se reportera s'il élabore une loi nouvelle sur la matière. Que lui importent les protestations s'élevant au nom de tels ou tels intérêts particuliers ?

Nous avons tous à la mémoire cette proposition dont presque toutes les dispositions visaient le commerce des spécialités pharmaceutiques, j'en pourrais citer telle autre dont la prétention serait de supprimer à peu près ces spécialités. En vérité, est-ce bien pour cela qu'il convient de légiférer ? et, parmi les mesures surannées de la loi de germinal n'y a-t-il donc que la question des spécialités à examiner ?

Pour avoir quelque chance d'aboutir, il faudrait résolument renoncer aux errements antérieurs, voir les choses de plus haut et les considérer avec un esprit plus large : la pharmacie s'est modifiée de tout au tout, c'est de tout au tout qu'il faut modifier la législation qui la régit.

Et, pour ma part, j'estime que l'étude d'une modification aussi profonde devrait être faite en commun par les représentants des deux professions intéressées, par une commission mixte de médecins et pharmaciens. Ce serait le véritable et le seul moyen de prévenir les oppositions irréductibles qui, à un moment donné, ne manqueraient pas de se produire devant le Par-

lement et amèneraient un nouvel échec en faisant écarter toutes mesures qui ne répondraient pas aux nécessités actuelles.

Je vois sursauter immédiatement un certain nombre de pharmaciens dont l'intransigeance me crie : « Quelle est cette prétention nouvelle ? De quel droit entendez-vous vous immiscer dans des questions qui nous regardent seuls ? Nous sommes-nous occupés de l'exercice de la médecine ? Restez dans votre domaine et laissez-nous à nos affaires ! ».

Ma réponse est que ce sont là de simples mots : qu'il est impossible d'isoler l'une de l'autre les deux professions, et que l'aphorisme *la médecine au médecin et la pharmacie au pharmacien* ne pourra jamais, quoiqu'on fasse, avoir une réalité absolue.

Faut-il le démontrer ?

Du côté des pharmaciens, il y a accord quasi-unanime pour proclamer l'impossibilité de refuser les premiers soins en cas d'accident ou de maladie subite, pour réclamer le droit plus ou moins étendu — généralement plus que moins — de délivrer les médicaments sans ordonnance médicale : n'est-ce pas là faire de la médecine ? Et n'est-ce pas encore une forme de l'exercice de la médecine que ces prospectus qui entourent les médicaments spécialisés, ces plaquettes envoyées dans toutes les maisons, ces annonces dans les journaux politiques ?

Du côté des médecins, n'y a-t-il pas aussi le cas d'urgence et le cas de l'éloignement de l'officine qui autorisent toute délivrance de médicaments ? N'y a-t-il pas encore un véritable droit de contrôle pour le médecin sur les produits qu'il est contraint d'employer ?

On me dira que les prétentions de l'une des parties ne sont pas toujours admises par l'autre partie — elles n'en existent pas moins et sont souvent légitimées par le cas de force majeure. Les deux professions peuvent être sœurs ennemies, elles n'en sont pas moins sœurs, et elles trouveraient certainement le meilleur terrain de conciliation si, oubliant les vieilles querelles passées, elles consentaient à rechercher en commun les mesures législatives les plus en harmonie avec les besoins véritables de la population souffrante qu'elles ont mission de soulager.

La chose serait d'autant moins impossible qu'il s'agirait, non pas de concessions que l'une des deux professions pourra faire à l'autre, mais de sacrifices — si sacrifices il doit y avoir — faits à l'intérêt public tout simplement, et que d'ailleurs des compensations devront forcément être accordées au nom de ce même intérêt public.

Je ne sais si je ne m'abuse, mais il me semble qu'il conviendrait de faire table rase de tout ce qui existe, de se porter par la pensée dans une contrée où il n'y aurait encore ni médecins ni pharmaciens et d'étudier le régime pouvant donner aux malades le maximum de facilités et de garanties. J'imagine que cette Salente pharmaceutique, si quelques hommes de bonne volonté voulaient s'atteler à la besogne, ferait en somme assez bonne figure pour que, le premier moment de surprise passé, tous finissent par comprendre que là est la vérité et là le salut.

A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

Valeur de la tuberculine.

M. le Dr J. Darier, médecin des hôpitaux de Paris, vient de faire, à la Société d'Etudes scientifiques sur la tuberculose, un rapport sur la nécessité de ne pas abandonner complètement la tuberculine comme moyen thérapeutique. « On n'a certainement pas oublié, dit-il, l'émotion inouïe que souleva, en 1890, dans le monde médical et extra-médical, l'apparition de la lymphe de Koch. Ce mystérieux liquide, tant attendu et si savamment annoncé, devait servir à la fois de révélateur infaillible et de remède spécifique de toute lésion tuberculeuse.

« Dans le monde entier, et à Paris dès les premiers jours, on se mit aussitôt à l'expérimenter. Bien vite, hélas, la déception, le découragement complet succédèrent à l'enthousiasme du début. On vit qu'on n'obtenait de la lymphe que de rares améliorations, jamais de guérisons authentiques, et souvent des aggravations passagères ou persistantes, parfois bien pis encore — et cela au prix de réactions immédiates, pénibles et positivement alarmantes. Bref, une année ne s'était pas encore écoulée que ni malades, ni médecins ne voulaient plus entendre parler de la tuberculine.

« Lorsque Koch, sept ans plus tard, donna un deuxième produit appelé tuberculine R (la première devenant la tuberculine ancienne ou TA) on lui opposa une grande méfiance. On peut dire que l'échec retentissant de la première a jeté du discrédit sur toutes les tuberculines, quelle que soit la lettre de l'alphabet par laquelle on la désigne, qu'elle soit produite au moyen de la filtration, de la stérilisation de culture, au moyen du broiement et de l'extraction des corps bacillaires, ou encore qu'il s'agisse d'un de ses dérivés, d'un sérum résultant de la réaction vitale d'un organisme animal auquel on a injecté l'une de ces tuberculines.

« Plus récemment, depuis six ou huit ans surtout, beaucoup de bons esprits ont été hantés par cette idée, qu'a rejeter en bloc toute cette médication spécifique, on allait peut-être trop loin, qu'on se privait d'un moyen d'action qui pouvait avoir certains avantages ; qu'en opérant prudemment, avec des doses beaucoup plus faibles qu'au début, on pourrait se mettre à l'abri des dangers tout en obtenant quelque résultat avantageux.

« Entre temps, les vétérinaires nous avaient montré que la tuberculine A est un réactif diagnostique infiniment précieux, parce qu'extraordinairement sensible et remarquablement fidèle, de la tuberculose chez les animaux.

« Les médecins ont suivi, timidement d'abord, puis plus audacieusement, reprenant l'emploi de la tuberculine, soit de la TA, soit de l'une des autres, dans les hôpitaux de tuberculeux et les sanatoriums surtout. Les uns ne lui demandent de servir qu'au diagnostic ; d'autres, et en nombre croissant, en Allemagne, en Angleterre, en Suisse,

en Italie, etc., etc., ont cherché à l'utiliser comme moyen thérapeutique. »

Or, de ses recherches personnelles, M. Darier conclut que les injections de tuberculine A ne méritent pas le discrédit absolu dans lequel elles sont tombées.

Quand on les emploie avec prudence, à dose minime au début et avec une lenteur progressive, on peut en retirer des services appréciables dans certains cas, qu'il y aura lieu de mieux spécifier dans la suite.

La tuberculine, à elle seule, ne peut pas être considérée comme un remède curatif mais comme un adjuvant des traitements ordinaires. Un choix minutieux des malades, une grande circonspection dans le dosage sont indispensables, mais mettent sûrement à l'abri de toute conséquence fâcheuse ou redoutable.

L'arthritis, maladie générale microbienne et transmissible.

Jusqu'ici nous nous étions fait de l'arthritis ou arthritisme une idée erronée, ou tout au moins incomplète, d'après M. le Dr *Guyot*, de Paris. L'arthritisme est une maladie générale due au ralentissement de la nutrition : insuffisance des combustions et de l'assimilation, insuffisance de dépuration des déchets de la désassimilation ; c'est une sorte d'engorgement chronique par la rouille cellulaire. Nous pensions que cette maladie était, en somme, la résultante acquise ou héréditaire d'un excès de travail cellulaire produit par une trop bonne nourriture et un défaut d'exercice. Or, M. Guyot prétend qu'il s'agit là d'une maladie microbienne et transmissible. Voici les conclusions de son travail, présenté à la Société médicale du XVIIe arrondissement : nous lui en laissons toute la responsabilité ; l'avenir dira s'il a raison :

1° L'infection et la contagion de l'arthritis ne sont pas niables ; la spécificité du diplocoque peut sembler moins bien établie.

2° Il y aurait lieu de rechercher expérimentalement la production de l'artério-sclérose et du diabète surtout chez le chien. Soumis aux mêmes écarts de régime, au confinement, au manque d'exercice, il semble tout désigné à ce genre d'expériences, à la condition de mettre en œuvre certains adjuvants tels que le froid humide, etc.

M. Guyot ne croit pas à l'avenir de la sérothérapie dans le traitement de l'arthritis, car de même que la tuberculose, l'arthritis n'est pas une maladie à vaccin.

Toutes deux procèdent par poussées, chacune d'elles préparant la voie à la suivante, mais ne s'atténuant pas du fait d'une atteinte précédente.

M. Guyot, pour en arriver à proposer certains métaux ferments, se livre à des considérations très intéressantes : il rappelle les expériences de Raulin sur la végétation de l'aspergillus niger, vivement activée par des traces de zinc et entravée par l'argent, le mercure, le platine et le cuivre.

Notre collègue se demande si les affinités de la goutte et du saturnisme ne résultent pas de l'exaltation de la virulence du diplocoque sous l'influence du plomb et si cette virulence ne se pourrait atténuer par d'autres métaux ? Dans cet ingénieux ordre d'idées, il nous montre le cacodylate de soude, ce composé arsenical organique luttant avec avantage contre certaines manifestations de l'arthritis et il insiste sur le rôle antiseptique de l'arsenic.

De même, le protargol lui a donné d'excellents résultats dans plusieurs cas d'arthrites alvéolo-dentaires. Ce fait, M. Guyot le retiendrait justement en faveur de sa thèse, si le diplo-bacille était bien l'agent spécifique de l'arthritis.

Le régime déchloruré.

Le régime déchloruré est une des plus utiles découvertes dont M. *Widal* ait doté la thérapeutique ; car il supplée avantageusement au régime lacté, dont beaucoup de malades se fatiguent si vite. Il est particulièrement indiqué dans le mal de Bright, dans les œdèmes cardiaques, dans l'ascite, dans l'œdème de la phlegmatia alba dolens, dans l'épilepsie, pour favoriser l'action des bromures dans certains cas de dermatoses suintantes, dans l'ulcère de jambe, etc.

Passons d'abord en revue la liste des aliments qui peuvent entrer dans le menu d'un brightique à déchlorurer, nous verrons ensuite comment on doit en composer la ration.

Le pain prescrit ne doit pas être salé par le boulanger. Les pains ordinaires contiennent en général, par kilogramme, 8 à 10 grammes de chlorures ajoutés ; certains pains de luxe, tels que les croissants, en renferment, d'après Laufer, jusqu'à 16 grammes. La fabrication du pain sans sel ne présente pas grande difficulté. On arrive à obtenir une pâte qui ne renferme que 0 gr. 70 centigrammes de chlorures par kilogramme.

La viande ne contient en moyenne que 1 gramme de chlorure par kilogramme, soit 0,10 centig. par 100 grammes ; elle doit être absorbée crue ou rôtie, sans sel et additionnée de beurre, de moutarde, de citron ou d'un filet de vinaigre. Le bœuf, le mouton, le poulet sont les meilleures.

Les poissons d'eau douce renferment très peu de chlorures, tandis que certains poissons de mer en renferment jusqu'à 4 grammes par kilogramme.

Les œufs contiennent 0,07 centigrammes par œuf : c'est une quantité minime qui permet de les utiliser sous diverses formes.

Le beurre frais en contient un peu plus, en quantité très variable, 1 à 14 grammes par kilogramme. Aussi ne doit-on pas en donner plus de 50 grammes par jour.

La crème fraîche, les pommes de terre, le riz, les petits pois, les carottes, les haricots verts, les artichauts, les salades avec huile et vinaigre sont encore des aliments précieux. Les soupes maigres aux légumes sont préparées facilement, tandis qu'on évitera le bouillon qui ne peut se consommer sans sel et est d'ailleurs peu alibile.

Les sucreries, les pâtisseries, tous les fruits, le chocolat, peuvent être donnés largement.

Les malades s'habituent vite à ce régime qu'ils peuvent additionner de différentes épices, poivre, vinaigre, citron ; et ils peuvent ensuite le continuer indéfiniment sans dégoût si cela est nécessaire.

Comme boisson, on peut donner presque toutes les eaux minérales, le thé, le café, la bière, le cidre et même le vin qu'on a interdit si longtemps aux brightiques.

Le lait constitue encore une grande ressource et

c'est certainement en tant que constituant un régime hypochloruré qu'il a rendu de si grands services ; mais quand on le donne à dose élevée, suffisante pour une ration d'entretien, il fournit beaucoup plus de sel qu'un régime mixte déchloruré.

Si on arrive à la composition même de la ration, on peut se baser sur les chiffres suivants qui donnés à un brightique à grands œdèmes et à grosse albuminurie ont remplacé 3 litres et 1/2 de lait, et ont amené très rapidement la disparition des œdèmes. On donnait 400 grammes de viande crue, 100 grammes de sucre, 80 grammes de beurre, 500 grammes de pain, 1.000 grammes de pommes de terre. Mais ce sont des chiffres très élevés qu'il n'est pas nécessaire d'atteindre. Dans la pratique, on peut restreindre la quantité de viande à 100 ou 200 grammes.

Gadaud (1) a rapporté les différents menus qui sont donnés aux malades de M. Widal ; il a indiqué la ration moyenne suivante, qui s'applique à un grand nombre de brightiques et qui est celle qu'il commence par prescrire aux malades qui entrent avec de l'appétit, et cela, alors même qu'ils sont chargés d'œdèmes ; pain déchloruré 200 gr., viande 200 gr., légumes, 250 gr., beurre, 50 gr., sucre 40 gr., eau, 1 litre 1/2, vin, 30 centilitres, café 30 centilitres.

Avec un peu d'habitude, les malades qui doivent pendant longtemps s'astreindre à un tel régime, arrivent à reconnaître au jugé les portions qui leur sont permises avec une exactitude suffisante pour qu'ils n'aient plus besoin, au bout d'un certain temps, de les peser d'une façon constante.

Le régime indiqué ainsi donne environ 1.500 calories, chiffre suffisant pour un malade au repos, et 60 grammes d'albumine qui assurent la quantité d'azote nécessaire pour la conservation et la régénération des tissus.

Il y a toujours intérêt, pour ces malades dont les humeurs sont encombrées d'un excès de molécules, à observer une diète relative. L'élimination de ces molécules en excès impose déjà à leur rein un travail suffisant qu'il faut éviter d'accroître par un régime trop substantiel,

Une telle ration n'a rien d'immuable, elle n'est qu'une moyenne et la proportion des diverses substances qui la composent peut être sans cesse modifiée par le médecin, suivant la marche de la maladie, suivant la tolérance et suivant l'appétit des malades.

En somme, les régimes déchlorurés, tout en fournissant un moyen de provoquer l'élimination des chlorures ou d'en prévenir la rétention, peuvent en raison de la grande variété qu'ils comportent, se prêter facilement au goût du malade et remplir toutes les indications diététiques qui se posent chez le brightique. Grâce à eux, le médecin peut graduer facilement non seulement la ration des chlorures, mais encore celle des trois principes fondamentaux : graisse, hydrate de carbone et albumine.

Tous ceux, conclut M. Widal, qui ont pratiqué la cure de déchloruration, savent avec quelle rapidité saisissante on voit, sous son influence, les œdèmes s'effondrer chez certains brightiques. Le régime ne donne pas toujours des succès aussi réguliers : la déchloruration a parfois ses difficultés. Chez certains sujets, la déshydratation ne s'obtient que lentement et, pour renforcer l'action du régime, il faut alors le secours de médicaments diurétiques.

Les régimes déchlorurés, même prolongés, sont sans inconvénient pour les brightiques. Quoi qu'on fasse, jamais la privation de sel ne peut être absolue ; ce corps est répandu dans la nature avec une profusion telle qu'aucune substance n'en est complètement dépourvue.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

LES MÉDICATIONS DES ÉTATS CHRONIQUES

Nous commençons aujourd'hui une série d'articles sur les médications des états chroniques et en particulier des maladies du cœur, des néphrites, des bronchites et de la tuberculose pulmonaire, des cirrhoses hépatiques et des néoplasmes gastro-hépatiques. L'embarras des praticiens est parfois très grand pour instituer un traitement méthodique et pour faire des prescriptions bien adaptées aux circonstances si variées qui se présentent à leur observation.

L'affection étant chronique et, par suite, ne présentant que des améliorations de peu de durée, les malades se lassent vite de la médication et si le médecin ne sait pas « sortir à temps de son sac » des ressources aussi efficaces que variées, c'est bientôt de lui que les malades se lassent ; certes, on nous répondra : « Il faut que tout le monde vive ; les médecins comme les autres, et si les malades ne changeaient pas un peu de médecins, il y aurait encore plus de médecins sans clients. » Tout cela est vrai ; n'empêche que nos efforts doivent, naturellement, tendre à satisfaire nos clients, quand ils nous ont fait l'honneur de nous choisir et à conserver leur confiance. Tel est le but que nous nous proposons, en inaugurant aujourd'hui notre série d'articles de diététique et de thérapeutique.

Médications des affections chroniques du cœur.

Les affections chroniques les plus douloureuses et les plus difficiles à traiter sont les maladies du cœur. Nous n'insisterons pas longuement sur le traitement de la période dite de compensation, où le malade s'aperçoit peu de son état et ne souffre réellement que si son cœur est brusquement surmené par une course trop rapide, par une ascension trop précipitée, par une émotion ou par une colère violente.

Les cardiopathies compensées sont justiciables

(1) GADAUD. — Thèse de Paris, 1904, p. 293.

d'une hygiène sévère de l'alimentation et de l'exercice ; les médicaments sont à peu près inutiles, et mieux vaut s'abstenir d'en prescrire que de risquer d'en administrer de nuisibles, comme la digitale, le strophantus, le convallaria maïalis, la spartéine, la caféine et les dérivés de la coca, de la kola, du cacao, etc. Un seul médicament peut avoir quelqu'utilité, c'est l'iodure (iodure de sodium ou de strontium) à doses faibles, 0,25 centigr. 0,30 centigr. ou 0,50 centigr. par 24 heures.

Les phénomènes nerveux, qui sont plus ou moins exagérés par l'imagination du malade, doivent être combattus par les polybromures, bromure de sodium, bromure de potassium, bromure d'ammonium, à la dose de 1 gramme à 2 grammes par jour, ou encore par les valérianates d'ammoniaque, de quinine, ou d'amyle. Quand les palpitations deviennent trop violentes et trop persistantes, l'administration de quelques gouttes de teinture de digitale ou de solution de digitaline cristallisée au millième (XXX à XL gouttes par jour, par doses de X gouttes et pendant trois jours) devient nécessaire ; mais il faut l'éviter et commencer par les médicaments calmants.

Ce qu'il y a de plus important dans la thérapeutique des cardiaques compensés, c'est l'hygiène, c'est l'abstention de tout ce qui est nuisible : exercices violents, émotions intenses, sports de vitesse, bicyclette, automobile, canotage, jeux de ballon, de tennis, gymnastique de voltige, travaux de force, transports de poids lourds, courses de toutes sortes, ascensions rapides ou fréquemment réitérées d'escaliers, de montagnes, de monuments, excès de table, excès vénériens, surmenage quelque léger et quelque court qu'il soit.

En quelques mots peut se résumer toute cette médication : pas d'exercices violents, aucun excès, nourriture peu abondante, 0,25 à 0,50 centigr. d'iodure par jour pendant dix jours chaque mois ; en cas d'insomnies et de palpitations, un peu de bromure ou de valérianate le soir, en se couchant.

***

Là où commencent les difficultés de la thérapeutique des maladies du cœur, c'est à la période de non compensation, encore dénommée période d'*asystolie*. La première indication à remplir, en présence d'un cardiaque asystolique, c'est d'analyser son urine afin de se rendre compte de l'état de ses reins ; tant qu'il n'y a pas d'albumine, on peut faire une bonne thérapeutique active, sans aucun risque. Une fois le terrain connu, on peut agir et le premier acte de l'intervention est la saignée intestinale, c'est-à-dire la purgation drastique :

Teinture de jalap composée........	15 à 20 gr.
Sirop de fleurs de pêcher..........	15 à 20 gr.

en une fois, avec bouillon aux herbes consécutif.

Le purgatif dégage le système veineux et permet de diminuer un peu l'excès de pression intra-vasculaire et l'intoxication du sang.

Dans les cas urgents et chez les sujets robustes, il est même bon de pratiquer une saignée de cinq à six cents grammes. Quand on n'a pas fait de saignée, on peut appliquer huit ou dix ventouses scarifiées sur les reins, ou le long des gouttières vertébrales, sur le dos, et une quarantaine de ventouses sèches.

Cela fait, il faut agir sur le cœur lui-même en prescrivant la digitale. La meilleure préparation de digitale est la macération de 0,30 centigr. de poudre de feuilles de digitale, pendant vingt-quatre heures dans l'eau distillée, 150 cc.

Après filtration, cette quantité est réduite par l'évaporation à 100 cc., et l'on complète à 150 cc. en ajoutant 50 cc. de sirop des cinq racines.

La potion doit être prise entièrement en 24 heures, en quatre doses, régulièrement espacées d'au moins trois heures. La même prescription est à continuer trois jours de suite, sauf intolérance de l'estomac.

Ce qu'il faut obtenir, c'est d'abord une bonne diurèse, ensuite une régularisation à peu près complète des battements du cœur. Quand la méthode est appliquée selon les principes formels que nous venons d'indiquer, il est rare qu'elle échoue. Cependant, lorsque le cœur a été éprouvé par trop de crises, et qu'il a, pour ainsi dire, perdu tout ressort, même avec ces précautions, on ne réussit pas. Il n'y a plus alors qu'à s'adresser aux expédients de dernière période, éther, caféine, oxygène, etc.

A côté de la digitale, on a à sa disposition la solution de digitaline cristallisée au millième ; on en prescrit, selon le conseil d'Huchard, trente ou quarante gouttes par 24 heures par doses de dix gouttes toutes les 3 ou 4 heures. Chez les sujets robustes, on peut donner cinquante gouttes en 24 heures. Nous préférons, de beaucoup, la macération de poudre de feuilles.

Concurremment à cette médication, on donne le lait à la dose de deux litres 1/2 à 3 litres 1/2 par jour par prises de 300 grammes. Le lait exclusif doit être continué après les trois jours de traitement digitalique, en lui associant le lactose, 50 gr. par jour, ou le chiendent nitré.

Généralement, la crise est calmée au bout de six à douze jours et il ne reste plus qu'à maintenir l'eusystolie en prescrivant au malade une abstention complète d'excès et d'exercices violents, une alimentation douce, un bon fonctionnement de l'intestin et une cure mensuelle de dix jours d'iodure de sodium ou de strontium. Mais, pour rien au monde, il ne faut continuer la digitale, ni permettre au malade de la reprendre en ayant soin de l'inscrire sur l'ordonnance.

— La digitale a quelques succédanés qui peuvent rendre de grands services quoiqu'ils ne la valent pas. Parmi ceux-ci, nous citerons la convallaria maialis et la convallamarine, le strophantus hispidus ou krombé, la fleur de genêt et la spartéine.

Lorsque l'analyse de l'urine a révélé l'existence de l'albumine, on est contraint de s'abstenir de digitale et force est bien d'avoir recours à la *convallaria*. On prescrit la convallaria sous forme d'extrait aqueux à la dose de 4 grammes par 24 heures, dans du sirop des cinq racines et du sirop d'écorces d'oranges amères ; cette dose est continuée pendant cinq à six jours.

— Le *strophantus hispidus* est un poison violent et dangereux ; on l'emploie, soit sous forme de teinture à la dose de deux gouttes le matin et deux gouttes le soir, soit sous forme de granules, un le matin, un à midi, un le soir.

Quant à la *spartéine*, c'est un médicament

beaucoup plus actif et beaucoup plus sûr que les précédents. C'est une substance très précieuse par les résultats remarquables qu'elle procure, même chez les albuminuriques. On l'emploie sous forme de sulfate de spartéine en granules d'un centigramme, en gouttes, en potion ou en injections hypodermiques. Les doses sont de dix centigrammes par jour, par fractions de un, deux ou même trois centigrammes. On continue la spartéine, au moins six ou huit jours consécutifs, on interrompt cinq jours puis on reprend.

Chez les cardiaques dyssystoliques, qui ont des crises douloureuses pénibles, la spartéine en potion ou mieux en piqûres de deux centigrammes quatre ou cinq fois par jour, procure une sédation remarquable et une bonne régularisation du rythme. En même temps, la diurèse est facilitée et, grâce à cette « soupape de sûreté », l'équilibre de tension circulatoire est obtenu.

L'avantage de la spartéine, c'est la possibilité de son administration prolongée et de la constance de ses résultats ; il y a, certes, des sujets réfractaires à son action, comme il y en a pour tous les médicaments, mais nous recommandons de l'essayer chaque fois que l'on se trouve en face d'un cardiaque chronique, et surtout de prolonger cet essai au moins cinq ou six jours.

***

L'une des grandes difficultés du traitement des affections chroniques du cœur, c'est la médication de l'hydropisie, de l'ascite et des œdèmes des membres inférieurs. Ces phénomènes sont les suites naturelles de l'excès de pression intra-veineuse et capillaire, par la dyssystolie et la stase pulmonaire. Comme dans la crise d'asystolie *simple, il faut* d'abord favoriser la déplétion sanguine par une saignée, par des ventouses scarifiées ou par une purge d'eau-de-vie allemande, 20 à 30 gr. Ensuite, on prescrit comme diurétiques la digitale avec le sirop des cinq racines ou la spartéine, et le régime lacté absolu. Il y a mieux, aujourd'hui, que le régime lacté; c'est le régime déchloruré de Widal. Ce régime donne d'excellents résultats contre les œdèmes. Il consiste à supprimer entièrement l'adjonction de sel marin aux aliments et à faire absorber au malade des substances qui contiennent le minimum de chlorure de sodium; viande crue, pommes de terre, riz, pain sans sel, fruits cuits, eau minérale faible.

Grâce à cet ensemble de moyens et à la diurèse qu'ils provoquent, l'hydropisie cède assez rapidement et, pour en éviter le retour, il faut veiller à maintenir l'eusystolie par la spartéine et l'iodure alternés, le régime déchloruré et l'eau comme boisson.

L'état de cardiopathie chronique contre-indique l'emploi de certaines médications, particulièrement des médications anesthésiques, *cocaïne stovaïne, novocaïne, chloroforme*. Il est fort important de bien ausculter les sujets avant de leur faire subir une anesthésie quelconque, et si l'on découvre une lésion cardiaque, il importe de préciser le siège de cette lésion, aortique ou mitrale coronaire ou péricardique, mais ce qui importe le plus, c'est de diagnostiquer l'état de la fibre musculaire cardiaque, car le cœur est toujours susceptible de lutter contre toute éventualité, même avec une insuffisance valvulaire ou une symphyse, pourvu qu'il possède encore assez de ressort musculaire. En tout cas, si l'on pratique une anesthésie quelconque chez un cardiaque quel'on croit résistant, il faut prévenir l'entourage du risque et observer la plus parfaite attention pendant toute la durée de l'anesthésie jusqu'au retour de la sensibilité.

***

Il ne nous reste plus maintenant qu'à envisager la médication de la période préagonique et agonique des cardiopathies : nous comprenons dans cette catégorie les crises asystoliques avec orthopnée et menaces de syncopes. En présence d'un cardiaque asphyxiant, cyanosé, livide et couvert de sueurs froides, visqueuses, torturé par des angoisses épouvantables, que doit faire le clinicien ?

Pratiquer immédiatement une injection profonde sous-aponévrotique d'éther sulfurique 1 c.c. et une autre injection de citrate de caféine 0,25 centigrammes en solution aqueuse stérilisée. En cas d'insuccès, on fait une piqûre d'huile camphrée au 1/10, un ou deux centimètres cubes, suivie d'une piqûre de caféine. Les piqûres doivent être renouvelées toutes les 3 heures; on en fait environ 4 par jour : une ne suffit pas, il faut lutter avec énergie et persévérance.

En même temps, on applique des sinapismes aux extrémités inférieures, soit sous forme de Rigollot, soit en badigeonnages de solution alcoolique d'essence de moutarde à 1/10. On fait respirer de l'éther et de l'oxygène, et en cas de syncope, on emploie les inhalations de nitrite d'amyle ou d'iodure d'éthyle.

Quand le malade éprouve de trop violentes douleurs, on peut *se risquer* à faire une piqûre d'1 centigr. de morphine ; aussitôt après, on injecte 2 cent c. d'éther ; mais il faut éviter cette médication le plus possible.

Parfois, chez les cardiaques, on assiste à des crises hépatiques ou néphrétiques qui peuvent faire croire à une crise cardiaque ; la médication anesthésique est difficilement praticable, toutefois on ne peut l'éviter entièrement, le malade souffre trop : on emploie donc la morphine, mais concurremment l'éther et l'huile camphrée.

De même les crises appendiculaires peuvent quelquefois survenir chez des cardiaques et faire croire à une crise cardiaque ; la médication qui s'impose est tout d'abord la tonification du cœur par la spartéine ou la caféine ; puis, on prescrit soit la glace, soit l'intervention chirurgicale avec anesthésie par l'éther.

L'agonie du cardiaque est habituellement tragique et impressionnante ; la médication à instituer doit être la suivante : éther en inhalations, sirop d'éther par cuillerées toutes les dix minutes, injections de caféine alternées avec celles d'éther toutes les heures, oxygène, sinapismes, lotions aromatiques et compresses fraîches sur la tête. Encore une fois, le moins possible de morphine ! la morphine, c'est la mort rapide pour le cardiaque.

Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Le Dentu.

Diagnostic d'une tumeur de l'abdomen.

Je vous parlais, dans une récente leçon, de certaines difficultés de la clinique. Je vais vous

montrer aujourd'hui un exemple instructif de ces difficultés, en vous relatant l'histoire d'une malade de notre service. Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans, vierge,qui a commencé à souffrir du ventre, il y a six mois environ.Il y a deux mois, la persistance des douleurs décida la patiente à venir nous consulter. Nous avons constaté, à ce moment, quelque chose de vague, de fuyant, à la partie inférieure gauche de l'abdomen. On trouvait là une résistance, tenant autant à la contracture des muscles de la paroi abdominale qu'à une lésion sous-jacente. Par le toucher vaginal combiné à la palpation, on sentait, un peu au-dessus de l'utérus, la même chose vague et fuyante. De sorte que, à la suite de ce premier examen, aucune idée nette n'avait surgi dans mon esprit. Je pensai un instant à une lésion annexielle, mais ne m'arrêtai pas à cette hypothèse assez invraisemblable, et, en définitive, j'éprouvai le besoin, pour me guider, de suivre l'évolution naturelle du mal.

Dans la suite, la situation s'aggrava, les douleurs augmentèrent, et de l'amaigrissement, une sorte de cachexie, se produisit. Dans ces conditions, je conseillai à la malade d'entrer à l'hôpital pour pouvoir établir, si possible, un diagnostic plus précis et intervenir, au cas où les circonstances me conduiraient à le faire. Voici quels signes on constatait au moment de l'admission, il y a 15 jours : l'abdomen était contracturé à gauche ; l'exploration profonde, difficile, révélait la présence d'une masse indurée,diffuse, sans contours définis ; le toucher combiné au palper localisait cette masse au voisinage, en arrière et à gauche, de l'utérus ; les culs-de-sac vaginaux n'offraient ni tuméfaction inflammatoire, ni adhérences.

Pendant le séjour à l'hôpital, les douleurs s'accusèrent encore et, symptôme important, la fièvre apparut, s'élèvant le soir à 38°, 38°5, 39°, avec des rémissions incomplètes le matin. Cette particularité — l'état fébrile — me fit hésiter un instant à intervenir ; mais, finalement, je passai outre et, après examen sous l'anesthésie éthérique, je pratiquai la laparotomie. Je vous en dirai tout à l'heure le résultat : auparavant, revenons sur la question du diagnostic et discutons les différentes thèses. auxquelles nous aurions pu nous arrêter.

On eût pu penser d'abord, à un petit kyste de l'ovaire. Le diagnostic du kyste de l'ovaire est assez embarrassant, au début. La tumeur est alors petite ; elle n'est pas toujours très tendue et elle fuit sous le doigt. Les difficultés sont accrues s'il existe de la contracture des muscles de la paroi abdominale. Cependant, habituellement, on arrive à constater que la saillie est nette, bien délimitée, uniforme, rénitente, quelquefois fluctuante. Chez notre malade, nous ne trouvions rien de cela : la masse néoplasique était diffuse, non fluctuante, et elle présentait, en outre, deux caractères exceptionnels dans les kystes de l'ovaire. Elle était, en effet, douloureuse. On voit bien des douleurs, des névralgies se combiner avec des kystes de l'ovaire de la grosseur d'un pois, mais ces kystes ne sont pas en eux-mêmes douloureux. De plus, il y avait de la fièvre, ce qui ne se rencontre guère dans les kystes ovariques ; ceux-ci suppurent rarement, d'autant plus rarement que la tumeur est de plus faibles dimensions. A la vérité, nous n'avions vraiment pas de raison de nous arrêter à cette hypothèse.

Etions-nous en présence d'une lésion inflammatoire ? Ce point méritait une plus longue discussion. Les salpingo-ovarites ne sont pas toujours limitées et elles s'accompagnent volontiers d'un peu de péritonite exsudative autour des annexes, d'où une masse diffuse au voisinage de l'utérus. Toutefois, bien des objections se présentaient. On ne découvrait pas de source d'infection des annexes, pas de vaginite, pas de métrite, pas d'antécédents génitaux, la malade étant vierge. D'autre part, ordinairement, quand les annexes sont atteintes, les culs-de-sac sont plus ou moins remplis d'exsudats et le toucher arrive sur des parties empâtées,douloureuses. Ici, le toucher ne provoquait pas de douleur et l'on sentait la muqueuse des culs-de-sac mobile. La douleur était seulement profonde et réveillée par le toucher combiné au palper. Mais, me direz-vous, ce diagnostic aurait bien expliqué la fièvre et, d'un autre côté, nous savons que les vierges peuvent avoir des métrites et des annexites. Tenant compte de ces arguments, j'avais fait porter la malade à la salle d'opération, pensant, à défaut d'autre diagnostic, à une tubo-ovarite... La patiente,une fois anesthésiée, mieux à mon aise pour l'examiner (grâce à la cessation des contractures), j'eus des sensations différentes. Je constatai que, si la tumeur avait tendance à bomber dans le vagin, elle n'était pas adhérente à ce niveau. Or, nous ne connaissons guère de tubo-ovarite, faisant une telle saillie dans le vagin, sans adhérences avec la muqueuse vaginale. Et puis, quand j'eus apprécié les inégalités de consistance de la tumeur, qui comprenait des points durs à côté de points mous, je renonçai à l'idée de tubo-ovarite. J'abandonnai, en conséquence, la voie vaginale et je fis la laparotomie.

Un autre diagnostic à discuter était celui de tuberculose des organes génitaux. La tuberculose des organes génitaux de la femme a, généralement, un début insidieux. Elle évolue d'une manière latente, jusqu'au jour où des phénomènes douloureux se manifestent. Le médecin, consulté à cette période, constate une tuméfaction diffuse et, le plus souvent, bilatérale. Le diagnostic de cette tuberculose, difficile à la phase initiale, se base sur certains caractères : les antécédents héréditaires et personnels, l'état des fonctions menstruelles. Presque toujours, en pareil cas, les règles sont irrégulières ou supprimées. Notre malade n'offrait rien de tout cela, et nous n'avions pas de motifs sérieux de nous arrêter à ce diagnostic, qui était cependant, en raison de la fièvre, à mettre en suspens. En somme, là encore, un peu de doute planait.

Je me demandai s'il ne s'agissait pas d'une tumeur congénitale de l'ovaire gauche. Les tumeurs congénitales de l'ovaire sont, la plupart du temps, des kystes dermoïdes, à contenu moitié solide, moitié liquide. A coup sûr, on ne pouvait pas être affirmatif, mais cette hypothèse était aussi une de celles que l'on devait prendre en considération. Tout d'abord, le diagnostic des kystes en question est très délicat, et, en général, il se fait pour ainsi dire par élimination. On s'appuie sur l'absence des signes des autres maladies, sur l'inégalité de consistance — ferme par places, molle à d'autres — de la tumeur. C'était ce que nous trouvions chez notre malade. De plus, on voit

quelquefois ces kystes s'infecter, des phénomènes inflammatoires surajoutés venant alors masquer la néoplasie. Je peux vous en citer des observations, recueillies dans ma pratique. L'une concerne une dame de 30 ans, atteinte d une sorte de tumeur à caractères inflammatoires, bombant dans le vagin. Je fis une incision dans le cul-de-sac postérieur et j'atteignis une poche d'où s'échappa un pus phlegmoneux. Quand, à la fin de l'opération, j'appuyai sur l'abdomen pour vider la poche, je vis se présenter une mèche de poils blonds que je tirai et amenai au dehors : c'était un kyste dermoïde avec suppuration J'ai observé d'autres cas analogues, où le diagnostic a été possible avant l'intervention. Chez la malade dont je m'occupe aujourd'hui, l'hypothèse de kyste congénital de l'ovaire était parfaitement soutenable.

En définitive, nous n'étions pas parvenus à un diagnostic, si bien que la laparotomie a été à la fois exploratrice et thérapeutique. La patiente souffrait, maigrissait, avait de la fièvre ; il ne fallait plus différer les chances d'une opération. Je suis donc intervenu, hier matin. L'abdomen ouvert, je fus frappé par l'existence d'adhérences fermes et étendues, réunissant l'intestin à une masse plus profonde. Cette masse, en rapport avec l'utérus, avait une consistance spéciale, comme une coque épaisse au-dessous de laquelle on soupçonnait une cavité. Je me disais que, dans les infections des annexes datant seulement — c'était le cas ici — de quelques mois, les adhérences n'offraient pas une semblable intensité. Je repoussai et dégageai l'intestin. Une ponction pratiquée dans la coque ne ramena pas de liquide. La coque incisée, rien ne sortit. Y ayant introduit le doigt, je tombai dans une cavité à laquelle je donnerai volontiers le nom de géode : c'était un espace vide, à parois tapissées de végétations irrégulières. On est toujours un peu surpris quand on parle d'espace vide; en réalité, l'espace vide, dans l'organisme, est occupé par quelque chose, dans le cas particulier par les gaz du sang. Je me rattachai à l'idée d'une tumeur maligne de l'ovaire, idée qui, il est vrai, ne me satisfaisait pas entièrement, les tumeurs malignes de l'ovaire étant beaucoup plus indépendantes des parties voisines, ne se fondant pas avec les tissus environnants, se pédiculisant plutôt. Néanmoins, sur le moment, je m'arrêtai à ce diagnostic, je prélevai des fragments de coque, des végétations, en vue d'un examen histologique, et je terminai l'opération.

Incomplètement satisfait du diagnostic de tumeur maligne de l'ovaire, je revins ce matin auprès de la malade et je demandai si le pansement n'avait pas été souillé par des matières fécales, écoulées de la plaie. On me répondit que non, mais que la patiente avait eu des selles sanglantes et mêlées de débris charnus. Je pratiquai le toucher rectal et trouvai le rectum libre, la tumeur étant sentie en avant. La communication avec l'intestin siégeait donc, en toute probabilité, plus haut.

La question, dès lors, s'embrouillait singulièrement. Je vais tâcher de l'éclaircir, en faisant appel à mes souvenirs.

J'ai soigné, il y a trois ans, une dame qui était venue me consulter pour des douleurs assez vives dans le flanc gauche. Au premier examen, je ne remarquai rien de spécial et je portai sur mes notes le diagnostic de névralgie abdominale. Trois mois après, la malade se représenta chez moi, se plaignant de souffrir beaucoup. Je sentis, cette fois, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur de la grosseur du poing, très douloureuse. La névralgie précédemment signalée n'avait été qu'un réflexe dans la paroi abdominale. Je fus doublement surpris, de rencontrer une tumeur et de voir son évolution aussi rapide. C'était une masse ovoïde, fixe, n'ayant rien de commun avec ces néoplasies flottantes du côlon. La patiente avait une fièvre, à marche irrégulière, s'élevant à 38°5, à 39°, tombant après 8 à 10 jours, reprenant au bout de deux à trois jours d'apyrexie, et suivant à nouveau le même cycle. La tumeur avait très vite contracté des adhérences avec la paroi abdominale. Je la ponctionnai ; j'eus la sensation d'entrer dans une cavité, mais il ne sortit rien. Sans pousser plus loin l'intervention, j'attendis, espérant — cela arrive quelquefois — que la simple ponction aurait un effet résolutif. Mon espoir fut déçu et je me décidai à inciser. J'ouvris une coque, comme celle d'hier, une cavité sans pus, à parois végétantes. Le lendemain, on m'annonça qu'il était sorti des matières fécales par l'incision. Celle-ci ayant été superficielle, n'ayant intéressé que la peau et la coque, j'étais sûr de n'avoir pas touché l'intestin : c'est donc qu'il existait entre la cavité morbide et l'intestin une communication. On s'expliquait bien ainsi l'infection intermittente et la marche de la fièvre. Finalement après diverses péripéties, la malade mourut : il s'agissait d'un cancer, et, le cancer du rectum n'évoluant pas de cette manière, je me demandai si je n'avais pas eu affaire à une forme spéciale, périphérique, de cancer du rectum.

Le cas actuel a beaucoup d'analogies avec le cas dont je viens de parler. Le diagnostic — qu'il a été impossible de préciser par les moyens cliniques — me paraît être, ici également, *cancer périphérique*, de la paroi rectale antérieure. La seule hypothèse que l'on pourrait mettre en parallèle est celle d'une tumeur maligne de l'ovaire. Je vous ai expliqué pourquoi elle ne me satisfaisait pas.

En résumé, l'histoire intéressante de cette malade a été pour moi l'occasion de vous montrer combien, parfois, sont difficiles les problèmes de la clinique. Elle m'a permis, en outre, de vous exposer quelques considérations sur le diagnostic différentiel des tumeurs de la région abdominale inférieure.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

PHTISIOLOGIE

De la valeur du sérum de Marmorek dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Par le Dr Adestan de Martigny (Montréal).

Il y aura bientôt deux ans que j'emploie le sérum de Marmorek dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, et j'ai donné pendant ce temps un nombre relativement considérable d'injections. Je me suis efforcé d'observer chaque malade avec le plus grand soin, et d'analyser minutieusement les effets de chaque injection. J'ai acquis, de la sorte, une expérience personnelle suffisante pour m'autoriser, je crois, à faire connaître aujourd'hui les convictions solides que je me suis formées sur la valeur de la méthode.

Voir annonce page VII.

Voir les renseignements dans les pages d'annonces.

Afin qu'il n'y ait aucun malentendu à ce sujet il est préférable d'indiquer tout d'abord quelle a été ma ligne de conduite dans l'emploi du sérum.

Dès le début, j'ai injecté le sérum à tous les malades qui me l'ont demandé, quel que fût leur état, et cela, non que j'eusse l'espoir de les guérir tous, bien que le sérum produise parfois des résultats inespérés, mais pour me conformer au rôle du médecin, qui est de guérir quelquefois, de soulager souvent, et de consoler toujours. Injecter le sérum aux désespérés, mais c'était permettre à l'espérance de dorer de ses rayons bénis leurs dernières semaines de souffrance, et j'aurais cru manquer de charité en le leur refusant.

Je me hâte cependant d'ajouter que le sérum ne s'en tient généralement pas là. Sans parler de ces véritables résurrections qui sont de rares exceptions, le sérum procure presque toujours, à défaut de guérison, un soulagement très appréciable. Il diminue ou supprime les douleurs et les transpirations, facilite la respiration, diminue la toux et l'expectoration, rend le sommeil et l'alimentation possibles ; bref, il rend la vie tolérable.

De plus, en injectant le sérum à tous les malades, je prévenais le reproche d'avoir obtenu une bonne statistique en éliminant les cas défavorables. A la vérité, j'aurais pu répondre que l'on n'en agissait pas autrement dans les sanatoria, où l'on ne reçoit que les malades de la première période, ou du commencement de la seconde.

Je dirai dès maintenant que si j'avais suivi cet exemple, j'aurais obtenu des résultats merveilleux, je préférai assombrir de beaucoup ma statistique et accepter tous les cas. On sait, du reste, combien peu valent les statistiques. La valeur d'une analyse de chaque cas en particulier est de beaucoup supérieure, et les lecteurs de bonne foi sauront juger de l'action antituberculeuse du sérum, non seulement par les guérisons, mais encore par l'amélioration de tous les symptômes de la maladie.

C'était d'ailleurs le désir très vif de Marmorek de voir sa méthode employée dans le traitement des cas les plus avancés, afin de démontrer tout au moins l'innocuité de son sérum, que l'on accusait de tant de méfaits, que l'on représentait comme impuissant à guérir la tuberculose, et comme très capable de tuer le malade.

Je n'aurai pas perdu mon temps, si j'ai pu contribuer à détruire cette légende, savamment répandue, dès le début, et qui est encore aujourd'hui très accréditée. Un grand nombre d'observateurs ont employé le sérum, plus de quarante mille injections ont été données, tous s'accordent à dire que les injections sont absolument inoffensives, et les moins enthousiastes reconnaissent que le sérum de Marmorek est un agent thérapeutique de la plus haute valeur. Peu importe. On continue en certains milieux à déclarer inefficace et dangereuse une méthode que l'on ne connaît que par ouï-dire, et dont on n'a aucune expérience personnelle. J'ai pu moi-même donner environ deux mille injections de sérum, sans observer un seul accident digne de ce nom. Cependant, un grand nombre de ces injections ont été faites à des malades arrivés à la dernière période de la phtisie pulmonaire. Certains cachectiques ont reçu plus de quatre-vingts injections sans prétexter même la plus légère réaction locale. J'avoue qu'il n'en fut pas toujours ainsi. J'ai observé notamment un grand nombre d'urticaires et d'érythèmes locaux, parfois assez douloureux. Plusieurs de mes malades ont eu des douleurs articulaires de peu de durée. Enfin, j'ai rencontré un certain nombre de congestions généralisées et fugaces, survenant pendant l'injection, ou immédiatement après. Ces congestions durent trois ou quatre minutes, s'accompagnent parfois de douleurs violentes dans la région sacrée, et de gêne respiratoire plus ou moins intense, mais ne présentent absolument aucun danger. Ce sont là plutôt des phénomènes désagréables que de véritables accidents. Ils n'entravent aucunement l'action du sérum, et même coïncident souvent avec une sédation plus marquée de tous les symptômes. Ils n'appartiennent d'ailleurs pas en propre au sérum de Marmorek, mais s'observent avec tous les sérums.

Il me paraît difficile de se prononcer sur la cause exacte de ces accidents. Marfan estime qu'ils sont dus à une intolérance spéciale du malade pour le sérum de cheval, et le fait que certains malades les ont souvent présentés, alors que d'autres en étaient exempts, paraît lui donner raison. J'ai vu, par exemple, produire une congestion généralisée, en injectant à un malade la moitié d'un flacon de sérum, alors que le reste du flacon, injecté au malade suivant, ne causait aucun incident. D'un autre côté, il faut reconnaître que le sérum dont nous avons disposé n'a pas été toujours le même. Cela n'a rien de surprenant, si l'on songe que Marmorek travaille sans cesse à augmenter l'énergie de son sérum, qui se trouve de ce fait constamment modifié. Ainsi, certaines expéditions nous apportaient un sérum qui causait de fréquents accidents. D'autres, au contraire, un sérum qui n'en causait pour ainsi dire aucun. Cela fut d'autant plus facile à constater, que je donnais ces différents sérums aux mêmes malades. Le sérum contient donc parfois un principe irritant, encore indéterminé.

Je dois dire aussi que, depuis quatre mois, je n'ai observé ni urticaires, ni érythèmes douloureux, ni douleurs articulaires. Et je n'ai observé que deux ou trois congestions généralisées, et si légères qu'elles sont passées inaperçues du malade, de l'entourage, et même, une fois, d'un confrère qui m'accompagnait, et auquel je dus la faire remarquer. La grande habitude des injections permet peut-être aussi d'éviter un certain nombre de ces accidents.

En tout cas, leur étude offre un grand intérêt, et le désir de les observer entra pour beaucoup dans ma décision d'accepter tous les cas. Cela me permit d'étudier en même temps la grande variabilité de l'action anti-tuberculeuse du sérum.

Rien n'est facile à déterminer, quand on étudie une question aussi nouvelle que la sérothérapie anti-tuberculeuse. Et, dans cette expérimentation, il était nécessaire d'apporter une très grande prudence, en raison même de la mauvaise volonté avec laquelle on considérait la méthode en haut lieu. C'est qu'on ne demandait pas mieux que de la rendre responsable des nombreux accidents pouvant survenir chez les tuberculeux traités par le sérum, comme les hémorragies, par exemple. A lire certaines attaques, on dirait vraiment que ces accidents, si communs de tout temps chez les tuberculeux, et si bien décrits par tous les auteurs depuis Laënnec, et même avant lui, aient

été inconnus avant la découverte de Marmorek. Et, parce que certains malades sont morts, auxquels on avait donné le sérum, on en conclut tout simplement à son impuissance.

La tuberculose serait-elle donc une maladie dont on ne meurt pas d'habitude ? Et les autres moyens de traitement donneraient-ils donc des guérisons constantes ? Que font, par exemple, les sanatoria tant vantés ?

Les sanatoria, c'est-à-dire l'altitude, l'air pur, l'alimentation abondante et choisie, ne guérissent pas les malades, mais les mettent dans les conditions les plus favorables à la guérison. Ils ont encore l'avantage d'entraîner le tuberculeux à la pratique d'une bonne hygiène, et de lui apprendre à cesser d'être un agent de dissémination du fléau. A ces multiples titres, il convient de les tenir en grande estime, bien que je trouve un peu exagéré l'enthousiasme que l'on professe à leur endroit. Et cela, surtout si l'on se place au point de vue des tuberculeux pauvres, car pour les riches, il convient de les y diriger.

Tous les ans, partent des sanatoria un certain nombre de malades, dont les uns sont «apparemment guéris», les autres améliorés, d'autres, encore, non améliorés et souvent plus mal qu'à leur entrée. Cela est quelque chose. Cela n'est pas énorme cependant. Et pourtant de quelle vogue ne jouissent-ils pas, tant dans la profession médicale que dans le public? On croit avoir tout dit quand on a conseillé à un malade d'aller s'y enfermer. Pourquoi donc se montrer si exigeant à l'égard du sérum ? Pourquoi lui demander de guérir tous les cas ? Exiger qu'il soit l'infaillible panacée de la tuberculose ?

Et pourquoi croire, surtout, que ses partisans le représentent comme tel ? Qui donc aurait dit une telle chose ? Pas Marmorek, assurément, ni aucun de ceux, que je sache, qui ont employé sa méthode, et publié les résultats de leurs expériences Et cependant, ils en sont restés quand même les partisans convaincus. Tous ont admis que les malades arrivés à la troisième période, et présentant des cavernes considérables ne peuvent être guéris. Tous reconnaissent que sur les malades de la seconde période le sérum n'agit pas toujours d'une manière identique, les uns étant peu ou pas améliorés, les autres l'étant considérablement, d'autres enfin évoluant régulièrement vers la guérison.

Ils ont tous insisté sur les effets merveilleux qu'on en peut obtenir dans la première période de la maladie, mais n'ont pas même affirmé qu'on guérirait tous les malades de cette catégorie.

Voilà pour la tuberculose ordinaire.

Reste maintenant la tuberculose à marche rapide, la tuberculose à grande élévation de température, celle qui emporte le malade en quelques semaines, soit que l'on ait affaire à la pneumonie tuberculeuse, soit qu'on se trouve en présence d'une infiltration pulmonaire rapide, c'est-à-dire d'une consomption galopante. On connaît le pronostic presque absolument fatal de ces deux affections, et l'inefficacité de tous les traitements contre elles. Eh bien ! le sérum produit ici des résultats merveilleux, pourvu toutefois que l'on n'intervienne pas trop tard. C'est dans ces cas que l'on se rend le mieux compte de l'action anti-tuberculeuse du sérum, en voyant s'atténuer rapidement sous son influence tous les symptômes de la maladie.

Ce qui ressort clairement de l'ensemble des observations, c'est l'importance de donner le sérum à une époque rapprochée du début de l'affection. Une consomption galopante guérira plus facilement, traitée dès la deuxième ou troisième semaine, qu'un léger ramollissement du sommet, chez un malade atteint depuis deux ans de la forme bénigne de la tuberculose.

C'est que le sérum agit puissamment contre l'infection tuberculeuse, mais reste sans effet contre les lésions organiques.

Voilà ce qui ressort clairement de la lecture des observations. Mais, si l'on veut chercher le pourquoi de l'action anti tuberculeuse, on entre dans le domaine de l'hypothèse, que le cadre de ce travail ne permet pas d'aborder.

*
* *

On objecte souvent que l'on ne devrait pas dire que « le sérum guérit la tuberculose », attendu qu'il ne guérit pas tous les cas, et que son action n'est pas comparable, par exemple, à celle du sérum de Behring dans la diphtérie.

Présentée de cette manière, l'objection n'est pas sans valeur. Mais il convient de faire remarquer que la tuberculose est une maladie de longue durée, agissant sur l'individu de manière complexe et dont la gravité relève de facteurs multiples. Quelle part de cette gravité revient à la tuberculose pure ? Quelle part aux autres facteurs, tels que la streptococcie, la staphylococcie, les déchéances organiques ou constitutionnelles antérieures, les prédispositions individuelles et le reste ? Voilà ce qu'il est toujours impossible d'apprécier, et ce qu'il faudrait pourtant savoir pour juger exactement de l'action du sérum dans les cas même les plus défavorables.

Certains diphtériques, profondément intoxiqués, injectés vers le cinquième jour, ne sont-ils pas morts, en dépit du sérum ?

De même, chez certains tuberculeux, on voit l'expectoration diminuer considérablement, les bacilles disparaître des crachats, les transpirations cesser presque complètement, et les malades éprouver un soulagement inconnu depuis longtemps. Cependant, l'appétit ne renaît pas, non plus que les forces, et le malade continue d'évoluer lentement vers la terminaison fatale. Cela veut-il dire que le sérum a été sans effet sur l'infection tuberculeuse ? L'alcoolique atteint de cirrhose atrophique n'en fait-il pas autant, malgré la suppression de l'alcool ?

Ce que l'on peut dire en toute vérité, c'est que, toutes choses égales d'ailleurs, le sérum guérira un grand nombre de tuberculeux qui, sans lui, n'eussent pas guéri, et que ce nombre sera d'autant plus considérable que l'on aura donné le sérum à une époque plus rapprochée du début de la maladie.

Que si l'on me demandait de formuler ma pensée d'une manière plus précise, par exemple par un pourcentage quelconque de guérisons, je dirais que j'en suis incapable, trop de facteurs entrant en jeu dans la tuberculose, et trop de circonstances diverses pouvant se présenter qui rendraient un pareil calcul impossible.

La chose, en elle-même, est d'ailleurs sans importance, car le sérum ne donnât-il qu'une guérison sur dix, sur cent malades traités, qu'il serait de notre devoir de tenter ce traitement dans

tous les cas graves, ou qui résistent aux traitements ordinaires.

Je comprends parfaitement que des confrères, mal renseignés, et par un sentiment de prudence très louable, aient déconseillé le sérum à des malades atteints de la forme bénigne de la tuberculose, et qu'ils espéraient pouvoir guérir autrement, soit par le traitement médicamenteux, soit par la cure d'air.

Mais qu'on le refuse énergiquement, sous prétexte que dangereux, à des malades gravement atteints, qu'on se sent impuissant à guérir par les moyens connus, et qu'on se borne à les regarder s'avancer vers la mort d'une marche rapide et sûre, cela, je ne le comprends pas.

* * *

Voilà les conclusions auxquelles je suis arrivé après deux années d'expérimentation de la méthode de Marmorek. Je me suis efforcé de les exposer avec une sincérité, avec une impartialité parfaites.

Durant ces deux années, j'ai pu suivre, en plus de mes propres malades, un certain nombre de tuberculeux traités par des confrères, entre autres, une jeune fille traitée par M. le professeur Guérin, dans les salles de l'Hôtel-Dieu, et qui, bien que n'ayant pas suivi le traitement assez longtemps, en a cependant retiré des bénéfices considérables. Mon excellent confrère et ami le docteur Georges Piché, de Montréal, a aussi traité quelques malades sous ma direction, et, j'ai grand plaisir à le dire, avec des résultats qui ont dépassé ses espérances et les miennes.

Je me suis également entouré de toutes les précautions au point de vue du diagnostic. Chaque fois que la chose me fut possible, j'ai pris soin de faire contrôler mon diagnostic avant le traitement, par des confrères d'une compétence reconnue.

Mes excellents confrères et amis les docteurs Mareil et Desmarais, anciens internes chargés du laboratoire de l'Hôtel-Dieu, ont mis à ma disposition leurs connaissances bactériologiques indiscutables, et m'ont été d'un très grand secours, en faisant pour moi de nombreux examens de crachats. Je suis heureux de leur offrir ici l'expression de ma sincère reconnaissance. In *Journal de médecine et de chirurgie de Montréal* (*Canada*).

ÉTUDES ET PROJETS

Le service médical des Sociétés de secours mutuels

La conférence médico-mutualiste organisée entre délégués des Sociétés médicales et membres de la Fédération nationale de la mutualité vient de suspendre ses travaux et de s'ajourner à octobre afin d'enquêter et de se documenter en vue des consultations qu'elle devra rédiger à cette époque.

D'autre part, au questionnaire-programme du Congrès national de la Mutualité qui se tiendra à Nice en 1907, nous lisons (chapitre I, article 9) les questions suivantes :

9° *Quelles sont les modifications et améliorations à apporter aux services médicaux et pharmaceutiques de façon :*

(a) *A rendre de plus en plus cordiaux et plus intimes les rapports des médecins, des pharmaciens et des sociétés ?*

(b) *A appliquer aux sociétés les méthodes préventives de l'Hygiène sociale ?*

10° *Quels sont les moyens pratiques à suggérer aux Sociétés ou groupements de Sociétés pour leur permettre d'appliquer dans leur sein les principes de l'Hygiène sociale ?*

11° *Si un groupement mutualiste fonde un établissement tel que dispensaire, polyclinique, pharmacie mutualiste ou autre, destiné à alléger la situation des Sociétés au point de vue des dépenses médicales et pharmaceutiques, les Sociétés de Secours Mutuels ne doivent-elles pas être appelées à y participer, soit par des cotisations fixes à établir, soit par des prélèvements à effectuer sur leur avoir en fonds libres déposés à la Caisse des Dépôts et Consignations ?*

Alignons donc nos documents et soumettons nos vues à la réfutation par arguments valables s'il en existe. Et, à cet effet, ne craignons pas de rechercher les appréciations extra-médicales qui ne sauraient être suspectées au même titre que celles venues de chez nous.

Une autre évolution nécessaire
Le conflit médico-mutualiste.

« Les mutualistes jettent le cri d'alarme : ils sont menacés d'une grève de médecins ». La *Mutualité nationale* le constate (15 avril) et avoue que les administrateurs de la mutualité s'inquiètent vivement de cette éventualité. — Leur émotion est bien naturelle, car les médecins peuvent se passer des sociétés de secours mutuels ; mais la réciproque n'est pas plus vraie pour les administrateurs et les participants — comme tels — de ces sociétés, qu'elle ne l'est pour tous en tant qu'hommes sujets à la maladie. Autre est la question de savoir si les mutualistes sont en droit de se plaindre, et si, au lieu d'accuser le mauvais vouloir des médecins, ils ne doivent pas s'en prendre à eux-mêmes, et à eux seuls.

Retracer rapidement la genèse du conflit, montrer qu'il était en germe, latent mais inévitable, dans notre conception vicieuse de la mutualité, rappeler ses phases récentes, et préciser enfin sa solution exacte tel est l'objet de la présente étude. M'aidant de travaux et documents nouveaux (1), je voudrais, non répéter, mais compléter ce que j'ai moi-même écrit sur la question (2), mesurer le progrès qu'elle a fait, et, s'il se peut, la débarrasser des obstacles fantômes dont s'obstine à la peupler l'imagination abusée des mutualistes.

I. — Dès 1881, dans un rapport à l'Association des médecins de Saint-Quentin, le Dr Surmay, de Ham, écrivait spirituellement : « L'histoire des rapports des médecins avec les sociétés de secours mutuels rappelle ce qu'on dit des mariages d'inclination. Aux ravissements de la lune de miel succèdent bientôt les désenchantements et les pitoyables querelles d'un ménage besogneux, et tout finit par la séparation, qui est une délivrance. Nous en sommes à la deuxième phase, la troisième est inévitable. »

Les sociétés mutuelles ne prennent-elles pas plutôt vis-à-vis des médecins l'attitude ingrate dont parle Montaigne « drus et forts d'un bon lait qu'ils ont sucé et qui battent leur nourrice » ? Née de l'esprit de prévoyance et de la philanthropie, la mutualité française est une fille mal conçue, mal venue, qui n'a pu naître, vivre et grandir durant une longue enfance d'un demi-siècle, que par le concours incessant du corps médical. Il l'a mise au monde ; puis

(1) Il en est que M. le Dr Jeanne, directeur du *Concours médical* a mis très obligeamment à ma disposition. Je tiens à l'en remercier ici.

(2) Voir *la Mutualité, ses principes, ses bases véritables*, p. 165-197 (A. Colin, 1903).

avec le dévouement de tous les instants dont il a le secret et l'habitude, — car « cette noble profession tient tout ensemble de la science, du sacerdoce et de la charité » (M. Jaurès), — il l'a servie de ses lumières, de sa conscience et de tout son cœur. D'emblée, il s'est senti pour elle une inclination particulière. « Dans notre corporation, accoutumée à voir de près la misère du peuple et à la soulager, toujours si pitoyable aux malheureux et si enthousiaste du progrès, l'élan de sympathie pour cette forme nouvelle de la solidarité humaine fut unanime ; de toutes parts, les médecins, non contents de se faire inscrire comme membres honoraires, *offrirent leurs services à prix réduits*. On peut dire, continue M. Pierre Darin, que leur désintéressement assura l'existence et la prospérité des associations mutualistes. C'est qu'en effet *le médecin est l'organe essentiel de ces associations.* N'est-ce pas lui qui délivre le certificat de validité et qui interdit ainsi l'entrée de la société à des malades dont le traitement viendrait grever lourdement son budget? N'est-ce pas lui qui défend la société contre les sociétaires eux-mêmes, soit en refusant les médicaments de luxe, soit en déjouant les supercheries, soit en arrêtant, au moment convenable, la feuille de maladie ? Que serait-il advenu si, prévoyant l'ingratitude et les luttes futures, s'inspirant uniquement de son intérêt, il s'était montré hostile aux associations naissantes, au lieu de leur prêter son appui et son dévouement? Assurément le courant qui emporte le monde moderne vers la mutualité a trop de puissance pour ne pas se frayer passage à travers tous les obstacles : mais *peut-être aurait-il été contraint de changer sa direction et la conception mutualiste aurait-elle pris un tout autre caractère.* Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe de retenir, c'est que le corps médical, en agissant comme il l'a fait, entendait bien apporter son concours, non à des mutualistes quelconques, appartenant à n'importe quelle classe de la société, mais *uniquement aux pauvres gens, aux salariés qui vivent au jour le jour*, et que la maladie plongerait à bref délai dans la misère » (1).

Les dernières lignes de ce passage, si suggestif que nous avons tenu à le citer en entier, en soulignant quelques idées essentielles, nous font toucher du doigt l'erreur commise. Pour que le médecin ne fût pas dupe de sa philanthropie, il eût fallu, en effet, que l'association mutuelle contre la maladie limitât ses conquêtes aux ouvriers les plus humbles, les moins rétribués, et, de plus, qu'aucun d'eux, une fois enrôlé par elle, ne parvînt à s'élever au-dessus de sa condition. En leur offrant le moyen d'améliorer leur sort, elle leur interdisait, par une nécessité logique, d'y trop réussir ! Tel est le vice de cette conception mutualiste qu'elle se retourne contre elle-même, et se débat dans une irrémédiable contradiction. Elle méconnaissait la loi souveraine du progrès économique et social qui rapproche et égalise peu à peu toutes les conditions en les élevant, et qui élargit toujours davantage le cercle fécond de la libre association. Elle violait cette loi des grands nombres, qui régit la mutualité et l'assurance, et, à restreindre arbitrairement le nombre des associés, elle réduisait la sécurité accessible à chacun d'eux. En rapprochant au sein de l'association, pour mieux les séparer par un fossé profond, les participants et les honoraires, les « clients » et les « patrons », les pauvres et les riches, en prétendant les parquer dans des classes et des cadres rigides, elle ignorait la souplesse de l'évolution et de la vie, elle tournait le dos à la démocratie. Au lieu de distinguer avec soin l'assistance et la prévoyance, de laisser à chacune son libre jeu et son efficacité tout entière, ce qui eût permis de les superposer dans une union féconde, elle les confondait et les paralysait l'une par l'autre. Etendant *collectivement* à tous les participants, d'une manière uniforme et aveugle, le bénéfice de la première, sous la double forme des cotisations d'honoraires, et de la réduction des tarifs médicaux et pharmaceutiques, au lieu de réserver ce bénéfice aux seuls *individus* qui le justifient, elle ne pouvait qu'affaiblir, loin de le stimuler, l'effort personnel, ressort essentiel de tout progrès humain, obscurcir chez les sociétaires le sens de la responsabilité, amoindrir leur dignité, leur liberté et leur indépendance, en même temps que celles des médecins.

L'expérience ne tarda pas à le démontrer. Les mutualistes transformèrent promptement en une sorte de droit exigible la faveur bénévolement consentie du tarif réduit. C'est le sort de tous les privilèges que de fausser peu à peu, l'humaine faiblesse aidant, la notion du droit chez ceux qui en profitent... ou croient en profiter. Le monde mutualiste discerne fort mal encore de quelle rançon il paie les siens. D'autre part, la difficulté éprouvée par les sociétés à équilibrer leur budget, trop souvent en déficit, par l'effet d'une organisation nancière défectueuse où il n'existe aucune relation rationnelle, aucune proportionnalité assurée entre les recettes et les dépenses du service de maladie, devait les porter à diminuer autant que possible les honoraires afin de réduire les frais du service médico-pharmaceutique dont elles avaient assumé la charge intégrale pour tous leurs malades. L'encombrement de la carrière médicale leur vint en aide et leur permit d'exploiter la concurrence professionnelle des médecins, non pas celle de leurs lumières et de leurs talents, mais celle de leurs besoins. « Les honoraires qu'elles accordent à leurs médecins sont quelquefois acceptables ; mais, dans l'immense majorité des cas, ils sont absolument insuffisants et trop souvent dérisoires. Visites de jour ou de nuit à six sous, consultations à trois sous, abonnements à 2 francs, par tête, à 6 francs par famille et par an : voilà des chiffres authentiques, relevés dans des comptes rendus de syndicats médicaux (1). » Les sociétés accordèrent souvent la préférence au médecin qui consentait le plus fort rabais, sans s'inquiéter de son degré de science et de conscience professionnelle, des loisirs que lui laissait sa clientèle ordinaire, ni par suite de la santé et de la vie des sociétaires, à qui elles enlevaient le droit sacré de choisir leur médecin, la « liberté de confiance, » suivant l'heureuse expression de M. le Dr Noir, que la loi de 1898 sur les accidents du travail a proclamée pour les ouvriers blessés. Étrange aberration ! Mais qu'importent les intérêts les plus graves des sociétaires, au prix du salut de la caisse sociale ! M. le Dr Maurel, de Toulouse, raconte ce trait édifiant : « Le président d'une société de secours mutuels, qui venait, après enchères, de trouver pour ses sociétaires un médecin à un prix dérisoire, s'en félicitait devant moi ; et, sans se douter combien il était éloigné du but que poursuivaient ces derniers, il s'empressait d'ajouter : « Vous pensez bien que ce n'est pas moi qui le ferai demander ! » Un pareil fait, ajoute M. Maurel, ne juge-t-il pas la situation (2) ?

Quel que fût d'ailleurs le mode de rémunération adopté, abonnement ou paiement à la visite, la gratuité du service médical ne pouvait manquer de produire de fâcheux abus. Si l'abonnement pouvait paraître préférable aux sociétés, qui connaissaient ainsi d'avance le chiffre de la dépense, et aux médecins, assurés d'un salaire fixe, il ne proportionnait pas ce salaire aux services effectifs rendus par le médecin. D'ailleurs, avec l'un ou l'autre de ces deux systèmes, le sociétaire est d'autant plus incité à multiplier les visites du médecin au-delà du nécessaire, qu'il n'est pas intéressé directement dans la dépense. Il y a là, dans le cas de l'abonnement, quelque chose d'humiliant pour la dignité du médecin, tenu de ménager les mutualistes par la dépendance même où il est vis-à-vis de la société, et, dans le cas du paiement à la visite, une grave menace

(1) Dr Pierre Darin. — *Les Médecins et la Mutualité*, p. 9. — 1904.

(1) Pierre Darin, ouvrage cité, p. 16.
(2) *Le Concours médical*, 14 mars 1903.

pour le budget de la société. Si l'on songe que l'abus des visites entraîne celui des médicaments, on comprend sans peine que le système ne sauvegarde pas plus la caisse de la société que l'intérêt légitime du médecin, ou la santé du sociétaire. M. Pierre Darin peut l'affirmer en toute assurance : Si dès le début, le corps médical, « s'inspirant uniquement de son intérêt, » avait, par son hostilité, contraint la mutualité à trouver une organisation plus rationnelle, il n'eût pas moins servi la cause des mutualistes et celle des sociétés que la sienne propre. Les intérêts légitimes sont harmoniques.

II. — Tandis que, par l'effet de causes multiples, parmi lesquelles les exigences des collectivités tiennent une place notable, la profession médicale entrait dans une période de crise qui dure encore, les médecins voyaient la mutualité prospérer, s'étendre peu à peu à toutes les classes de la société, et diminuer du même coup leur clientèle payante. La présence, au sein des sociétés de participants aisés ou riches, à qui ils devaient donner leurs soins à prix réduits, leur parut à bon droit intolérable. Ils protestèrent, réclamant avec énergie l'exclusion pour le présent des sociétaires de cette catégorie, et leur non-admission pour l'avenir. Mais comment les satisfaire ? La première de ces mesures eût été contraire au droit strict, à l'équité. Le mutualiste qui s'est élevé par le travail, l'intelligence, l'ordre et l'épargne, conserve sa qualité de participant par fidélité, par habitude plutôt que par calcul. Faut-il le chasser ? Quel sera, d'autre part, le critérium sûr de la pauvreté et de la richesse ? Si légitimes qu'elles pussent paraître au corps médical, ces mesures eussent été arbitraires, antisociales et antimutualistes. Les sociétés s'y refusèrent d'autant plus qu'elles avaient en grand nombre accru leurs difficultés budgétaires en créant un service de retraite empirique, avec des ressources aléatoires, et que, pour faire face aux engagements excessifs contractés de ce nouveau chef, elles avaient besoin de multiplier leurs adhérents. En regard d'apports immédiats, elles se dispensaient d'évaluer les charges futures, et, comme Panurge, mangeaient leur blé en herbe. — Enfin, les subventions prodiguées par l'Etat à la mutualité avaient favorisé la multiplication des sociétés parmi les travailleurs de toutes conditions.

La question de la sélection des membres participants est restée la pierre d'achoppement qui a fait échouer toutes les tentatives d'entente et de conciliation entre la mutualité et le corps médical. Le *Concours médical*, dans de nombreux articles, a proposé de faire, sur les honoraires médicaux, une remise de 25 p. 100 aux mutualistes, mais aux seuls « clients légitimes de la mutualité », ouvriers, domestiques, etc. (1). Mais c'est là, dans ce dernier membre de phrase, que gît le lièvre, dit justement M. Darin. Les essais d'entente, généraux ou régionaux, dus à l'initiative des syndicats médicaux fondés pour la défense des intérêts professionnels, n'ont pas été plus heureux. « Ce n'est que contraintes et forcées, vaincues par l'unanimité du corps médical, que certaines sociétés ont cédé. » Il en fut ainsi à Lyon en 1902, à Nice en 1903. Mais cette paix, précaire et boiteuse, ne dissimule-t-elle pas chez les mutualistes l'espoir d'une revanche ?

« Toutes ces combinaisons, déclare M. Darin, sont arbitraires : elles n'apparaissent pas comme la conséquence naturelle de principes certains, indiscutables. La vraie solution, ici comme ailleurs, c'est la liberté : que le corps médical d'une part, les sociétés mutuelles de l'autre, reprennent leur autonomie et leur indépendance, et toutes les difficultés cesseront comme par enchantement. » Cet avis est celui que nous avons nous-même exprimé. Frappé à la lecture des rapports officiels de l'acuité du différend, et de l'impuissance avouée de l'Administration à y porter remède, nous en avons cru trouver la cause profonde dans l'institution même de ce service médico-pharmaceutique gratuit qui lèse également la liberté et les intérêts des sociétaires et des médecins et qui, par surcroît est inconciliable avec une gestion financière rationnelle des sociétés. Et nous avons conclu à la suppression totale de ce service suranné, comme à l'abandon du système non moins erroné du fonds commun inaliénable de retraite. La mutualité française a fait fausse route dans l'assurance-maladie comme dans l'assurance-vieillesse.

L'idée fit rapidement son chemin dans le corps médical (1). Adoptée aussitôt par le *Concours médical*, elle y fut étudiée et soutenue dans nombre d'articles, dus notamment à MM. les Drs Jeanne (2) et Diverneresse. En 1904, un jeune médecin de l'arrondissement de Versailles, M. Pierre Darin, en faisait l'idée maîtresse de sa thèse : *Les Médecins et la Mutualité*, et il concluait ainsi : « Avec ou sans l'assentiment des mutualistes, la séparation, le retour à la liberté s'imposeront dans un avenir plus ou moins rapproché, parce qu'ils sont dans la nature des choses. « Nous voudrions pouvoir dire tout le bien que nous pensons de cette étude si claire, si bien documentée, à laquelle nous faisons ici-même de multiples em-prunts. L'auteur s'y rallie entièrement à nos idées, et ce n'est pas seulement sur la question médico-mutualiste qu'il nous procure le plaisir de nous voir compris comme nous l'avons été par peu de mutualistes.

La mutualité, par contre, faisait la sourde oreille. « De jour en jour, écrit M. Darin, la lutte entre médecins et mutualistes, bien loin de s'apaiser, devient plus ardente et plus âpre. Cette année même (1904), dans sa séance du 17 avril, l'*Association générale des médecins de France*, toujours si prudente pourtant et si réservée, n'a pas cru pouvoir se dispenser d intervenir dans cet éternel conflit. Son président, M. le professeur Brouardel, tout en faisant appel à la sagesse et à la conciliation, s'exprimait en ces termes : « Nous avons le droit, et votre pré- « sident pense que nous avons le devoir, de défendre « les intérêts du corps médical, trop souvent lésés. » Et le secrétaire général, M. le Dr Lereboullet déclarait : « Il n'est que temps de s'unir pour dé- « fendre les droits du médecin contre les exigences « illégitimes de certaines collectivités ». Ces paroles, prononcées par les représentants élus d'une association qui compte 8.673 médecins français, n'ont pas besoin de commentaires (p. 21).

Nous verrons, dans un prochain article, quel accueil le Conseil supérieur de la mutualité a cru devoir faire, en avril 1905, à la solution suggérée par nous et adoptée par le corps médical.

F. Lépine.

(*L'Educateur mutualiste.*)

(1) Dès 1895, cet important organe professionnel avait organisé une vaste enquête, à la suite de laquelle il concluait, de la spoliation du corps médical par la mutualité, à la rupture du contrat.

(1) Notre livre était à l'impression, lorsque parut, dans le *Concours médical* (14 mars 1903), un substantiel article, déjà cité, de M. le Dr Maurel, de Toulouse, article qui vient de nous être fortuitement révélé. L'auteur y préconisait déjà la rémunération par visite, substituée à l'abonnement, et, comme une conséquence presque forcée, *le libre choix du médecin* par les mutualistes, l'action mutuelle ne se traduisant plus que par une *allocation pécuniaire*. Dans une analyse pénétrante, il faisait voir que cette réforme concilierait tous les intérêts et permettrait à la mutualité d'englober toute la population sans distinction de classes, beaucoup de personnes se tenant d'ailleurs en dehors d'elle, faute d'y trouver le libre choix du médecin. Nous n'avons guère ajouté qu'un seul point, la fixation simple et rationnelle du *taux* de l'indemnité pécuniaire quotidienne.

(2) Voir aussi le *Tarif général minimum raisonné des honoraires médicaux*, par le Dr H. Jeanne, 3e édit.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'incompatibilité des fonctions de maire avec celles de médecin de l'hôpital.

M. le Dr G., médecin de l'hôpital de P., depuis de longues années, est nommé maire. Des adversaires politiques s'opposent à ce qu'il conserve ses fonctions de médecin de l'hôpital. Il croit pouvoir les conserver en donnant sa démission de président de la commission d'administration du bureau de bienfaisance et de celle des hospices. Ces deux démissions sont refusées et notre distingué conseil judiciaire nous adresse la consultation suivante que nous croyons intéressant de publier :

« Je ne vois rien à critiquer à la lettre du préfet à son sous-préfet, concernant le cas de M. le Dr G., maire de P.

« La loi du 24 vendémiaire, an III, sur l'incompatibilité des fonctions administratives et judiciaires, comporte au titre II, un article 1er ainsi conçu : « Aucun citoyen ne pourra exercer ni concourir à l'exercice d'une autorité chargée de la surveillance médiate ou immédiate des fonctions qu'il exerce dans une autre qualité. »

« Il est certain que d'après l'art. 3 de la loi du 21 mai 1873, relative aux commissions administratives des établissements de bienfaisance, la présidence appartient au maire.

« Une série de circulaires du ministère de l'Intérieur (Instruction du 18 février 1823, circulaires du Ministre de l'Intérieur du 26 septembre et 14 novembre 1879) ont tracé les règles à appliquer pour éviter les incompatibilités entre les fonctions de membre des commissions administratives et celles de médecin des hospices et bureaux de bienfaisance.

« D'après la jurisprudence constante de mon ministère, dit la circulaire de M. Martin-Feuillée du 26 septembre 1879, basée sur l'art. 1er du titre II de la loi du 24 vendémiaire an III, les médecins des hospices et bureaux de bienfaisance se trouvant placés sous l'autorité des commissions qui les révoquent en vertu de l'art. 14 de la loi organique du 7 août 1851, ne peuvent être membres de ces commissions.

« La circulaire du 14 novembre 1879 formule expressément une exception en faveur des maires en ces termes : « à moins que, pendant la durée de leurs fonctions, ils ne se fassent remplacer par un médecin suppléant qui recevra le traitement attribué au médecin titulaire. » Dalloz *Supplément au Répertoire* : hospice-hôpitaux, n° 29.

« Je ne vois pas que la circonstance relatée par le Dr G., à savoir : que le bureau de bienfaisance de P. ferait partie de la Mutualité intercommunale puisse modifier la situation au point de vue de l'incapacité des fonctions de maire et de médecin du bureau de bienfaisance de la commune.

« Il semble évident qu'on ne puisse pas être *légalement* président d'une commission et exercer des fonctions rétribuées sous la surveillance de la commission même qu'on préside, et que le moins qu'on puisse exiger, c'est la suppléance dans les fonctions surveillées pendant tout le temps que dure l'incompatibilité de ces fonctions avec la présidence de la commission de surveillance.

« Votre bien dévoué, Georges Gatineau,
Avocat à la Cour,
9 août 1906. Conseil du « Sou médical ».

L'hospitalisation des victimes du travail à Paris.

M. Mesureur, répondant par *Le Matin* à l'article du même journal intitulé : *Les voleurs des Pauvres*, a paru défendre assez bien les habitudes de son administration. Il l'a fait par des chiffres heureusement choisis, ceux des entrées dans l'année. Il a ainsi rappelé que, contre 180.000 indigents, l'hôpital n'admet, à Paris, que 2000 victimes du travail.

Ce n'est déjà pas cependant un chiffre négligeable. Mais il l'est encore beaucoup moins si l'on calcule le nombre de journées d'hospitalisation qu'il représente. Est-il excessif de dire 30 ou 40 jours par cas, celui-ci étant si souvent représenté par l'interminable fracture du membre inférieur qui exige avant tout le repos prolongé au lit ? Et alors, nous arrivons de suite autour de 100.000 journées, et, par conséquent, trois ou quatre centaines de mille francs. N'y a-t-il pas là raison suffisante pour crier à l'abus quand on réfléchit que l'hospitalisation est rarement indispensable pour le traitement de ce genre de blessures ?

M. Mesureur nous plaît bien davantage quand il dit, en terminant, qu'après tout, c'est la faute aux médecins qui réclament trop souvent ces admissions. Son assertion est parfaitement juste, et il y a longtemps que Broca, Sébileau, etc., en ont fait ici même la démonstration.

Seulement, là encore, il faut regarder de plus près les choses. On y verra alors que l'abus est surtout le fait de certains médecins inféodés aux Compagnies d'assurances, et qui, simples machines à certificats, ne connaissent que le recours à l'hôpital quand il faudrait mettre la main à la pâte pour des honoraires de famine.

Et nous concluons de tout cela que l'abus disparaîtra seulement le jour où les Compagnies n'auront plus le droit de s'occuper du traitement des blessés, si ce n'est pour contrôle financier. Alors aussi nous serons débarrassés du célèbre pansement à quinze sous, que le théâtre compte mettre dans les revues pour assurer l'immortalité à M. Mesureur.

La plaque et le timbre du praticien.

Le *Bulletin du Syndicat des chirurgiens dentistes de France* rappelle, dans son numéro de juillet, la communication que fit au congrès d'exercice illégal M. le Dr G. Danjou (de Nice). Nous reproduisons le vœu qui en formait la conclusion.

Vœu :

Considérant :

Qu'il est urgent, devant l'extension sans mesure que prend chaque jour l'exploitation de la santé publique par les industriels de l'exercice illégal de la médecine, réguliers et irréguliers, de mettre fin à des abus qui deviennent un véritable danger international ; que le seul moyen de conserver et d'assurer aux membres du corps médical, aux chi-

rurgiens-dentistes et aux sages-femmes les qualités d'honnêteté, de loyauté, de sincérité indispensables comme garantie pour le public de la bonne exécution de la profession, est de supprimer la concurrence déloyale faite par les empiriques et permettre aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes d'obtenir une rémunération convenable de leur travail ; qu'il y a lieu, dans ce cas, d'interdire l'usage des moyens irréguliers et illégaux dont se servent les empiriques pour attirer à eux le public et le tromper ; que les plaques et enseignes sont un de ces moyens fréquemment employés ;

Pour éviter qu'il n'y ait erreur sur la qualité des personnes ayant légalement charge de la protection de la santé publique et pour éviter aussi toute confusion à cet égard ;

Le Congrès émet le vœu :

1° Que les syndicats d'ordre médical (chirurgiens-dentistes et sages-femmes compris) poursuivent auprès des pouvoirs publics, par tous les moyens ordinaires et extraordinaires dont ils disposent, la disparition sur la voie publique des plaques et enseignes d'empiriques servant à la propagation et à l'entretien de l'exercice illégal de la médecine sous toutes ses formes ;

2° Qu'un article additionnel à la loi de 1892 consacre la création de la plaque du docteur en médecine, du chirurgien-dentiste, de la sage-femme exerçant la profession, d'un modèle réglementaire unique et spécial à chaque profession ; d'un tampon justificatif de la signature des ordonnances, certificats et autres pièces délivrés par l'intéressé. La première comme le second portent l'estampille de l'administration compétente qui les délivre.

Comme conséquence de ce vœu, le Dr Danjou déposait le même jour sur le bureau du Congrès un article additionnel à la loi de 1892 à ajouter au paragraphe « affiches » (page 34) du rapport de MM. Prieur frères, ainsi conçu : « Il est créé : 1° une plaque de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, réglementaire, d'un modèle unique, spécial à chaque profession ; 2° un tampon justificatif de la signature des ordonnances, certificats et autres pièces délivrés par l'intéressé. La première comme le second portent l'estampille de l'administration qui les délivre ».

L'apposition de cette plaque au domicile de l'intéressé est facultative, mais il ne pourra pas en être employé d'autre.

La plaque réglementaire porte EN TOUTES LETTRES le *prénom habituel* et le *nom de l'intéressé*, son *titre officiel*, le *nom de la ville de faculté* qui a délivré le diplôme, le *n° d'enregistrement* du titre à l'*Académie* par le *recteur*. Dans un coin, à droite, une place est ménagée pour l'estampille par l'administration où a été faite la déclaration d'exercice de la profession. Voici le modèle que je propose :

GEORGES DANJOU
Docteur en Médecine
PARIS, N° 520 — Estampille de l'Administion compétente.

Plaque réglementaire.

Titre scientifique
SPÉCIALITÉ
Heures de consultations

Annexe facultative.

Au-dessous de cette plaque, une annexe facultative porte les indications du titre scientifique s'il y a lieu, de la spécialité, des heures de consultation. — Et c'est tout : car j'estime que cette sobriété et cette discrétion dans la plaque sont indispensables à la dignité professionnelle. La plaque doit être en effet une indication et non une annonce ou une réclame, et, pour faciliter au public le moyen de trouver aisément les secours dont il peut avoir besoin, les lettres en relief ou incrustées, mais toujours saillantes à la vue, seraient apposées sur plaque à fond blanc pour les médecins, rouge pour les dentistes, bleu pour les sages-femmes.

Quant au tampon, en même temps qu'il authentiquerait la signature du professionnel il mettrait les pharmaciens à l'abri des fautes qu'ils peuvent commettre en exécutant des ordonnances irrégulières par signature illisible ou signature d'empirique ; la vérification du nom serait faite en cas de besoin sur l'Annuaire officiel de notre office central dont le Congrès a voté la création.

Bien des objections seront faites, je le sais, à l'emploi des moyens que je propose pour mettre un peu d'ordre et de propreté sur notre terrain de manœuvre pourri et empesté par l'ivraie de l'exercice illégal. Quelles qu'elles soient et d'où qu'elles viennent, nous n'en sommes pas moins aujourd'hui dans l'inéluctable nécessité de nous imposer dans la lutte entreprise, une discipline rigoureuse sans laquelle toute victoire est impossible. C'est aux syndicats qu'il appartient d'organiser avec ténacité, méthode et intelligence pratique, la bataille inévitable. Je demande donc à tous les syndicats d'ordre médical d'ouvrir la discussion dans leurs assemblées et de poser des conclusions sur la proposition que je viens d'établir ; ces conclusions seraient centralisées à l'Union des syndicats médicaux de France et de leur étude sortirait une ligne de conduite à suivre.

Voilà mon idée : elle n'a pas la prétention de répondre à toutes les nécessités de l'heure présente, visant simplement un point particulier de la question. Je la livre donc pour ce qu'elle vaut, l'abandonnant volontiers si on me sert, pour le but qu'elle vise, une arme meilleure et plus sûre, capable d'assurer le triomphe de l'idée de justice et d'humanité qui nous a réunis en Congrès. Mais, de grâce ! agissons, et sortons enfin de l'ornière dans laquelle nous nous enlisons chaque jour davantage, en proie à une démoralisation destructive de tous sentiments généreux. Chassons de nos rangs les veules et les indifférents pour les repousser du même coup de balai qui nous débarrassera des charlatans cupides et sans vergogne.

Dr G. DANJOU.

Beaucoup de confrères nous ont engagés à remettre en discussion l'idée de M. le Dr Danjou. Si tous n'étaient pas d'avis qu'on fît intervenir la loi pour réaliser ce désir, tous voyaient avantage à demander aux médecins diplômés l'uniformité de la plaque et du timbre, estampillés par l'administration, qui reçoit obligatoirement communication de notre diplôme d'exercice.

Nos syndicats, disaient-ils, seraient alors fondés à pourchasser les guérisseurs qui attireraient le public par des plaques non revêtues de l'estampille, lesquelles dénonceraient ainsi d'elles-mêmes l'exercice illégal tel que la loi le définit.

Sans entrer dans plus de détails, nons invitons nos sociétés professionnelles et nos lecteurs à rechercher et signaler ce que notre propre initiative pourrait obtenir d'une réalisation pratique de l'idée de M. le Dr Danjou.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical Breton.

Séance du 18 juillet 1906.

Présidence du Docteur Gafé.

Le docteur Le Ray communique la lettre suivante qu'il vient de recevoir du Docteur Jeanne, un des délégués médicaux à la commission du tarif des Accidents du travail et Rédacteur en chef du *Concours médical.*

Mon Cher Ami,

Nantes a été porté à 2 fr. 50, et sans difficulté, grâce à la précision de votre demande et des attestations du *Syndicat Breton* Je pense que l'encombrement du *Journal Officiel* est la cause du retard de la promulgation du décret.

Amitiés.

Signé : Dr Jeanne.

Le Docteur Gafé se félicite d'une telle décision, qui augmentera notablement les honoraires médicaux ; c'est ainsi que toutes les consultations passent de 1 fr. 50 (comme le voulaient les Compagnies) à 2 fr. ; les visites de 2 fr. à 2 fr. 50.

Les allocations pour les opérations de petite chirurgie : *Sutures*, *pointes de feu*, *cathétérisme*, *lavage de vessie*, *toucher rectal*, *extraction de corps étrangers*, qui sont payées 2 fr., ou 3 fr., ou 5 fr. ou 10 fr., se trouvent augmentées de 0 fr. 50, 1 fr., 1 fr. 50, 2 fr. 50 et 5 fr.

EXEMPLE :

Sutures multiples (Tarif des Compagnies) :

1° Une visite :	2 fr.
2° Allocation de 5 visites à 2 francs	10 fr.
Total	12 fr.

Avec le tarif que nous venons d'obtenir, nous avons :

1° Une visite :	2 fr. 50
2° Allocation de 5 visites à 2 fr. 50	12 fr. 50
Total	15 francs

Pour la grande chirurgie, l'augmentation est plus évidente encore.

Ainsi, pour une fracture des deux os de la jambe, le tarif sera de 100 francs, au lieu de 75 francs.

Pour une amputation de cuisse, le tarif sera de 200 francs au lieu de 150 francs.

Grand avantage également pour les Aides, puisque leur rémunération est fixée au quart du prix de l'opération.

Enfin, ajoute M. le Président, cette augmentation du tarif des accidents du travail peut avoir, si le corps médical sait en profiter, le plus heureux effet pour nos revendications vis-à-vis de la clientèle et des Administrations ou Sociétés.

Il remercie tous les Membres du Syndicat du concours dévoué qu'ils ont apporté en cette circonstance.

Le Docteur Claverie rappelle que M. Roche, Député de la 2e Circonscription de Nantes, a appuyé auprès du Ministère les demandes du Syndicat.

Il propose qu'une lettre de remerciements lui soit envoyée. (*Adopté à l'unanimité.*)

Le Docteur Leray propose d'avertir, par lettre circulaire, tous les Médecins de Nantes, du résultat obtenu, non, dit-il, dans un but de gloriole pour le *Syndicat Breton*, à qui il suffit, pour être satisfait, d'avoir défendu, avec succès, la cause de tous les Confrères, mais pour permettre aux Médecins d'établir sur des bases certaines leurs notes d'accidents du travail.

Le Docteur Guilhon commence par faire remarquer que la Caisse est vide.

Notre Syndicat, ajoute-t-il, a dépensé beaucoup pour instruire les ouvriers sur les avantages de la Loi des accidents du travail.

Aujourd'hui, grâce à nos affiches, aux circulaires répandues dans tous les Syndicats ouvriers, les Justices de Paix, ainsi que dans toutes les Sociétés de secours mutuels, les ouvriers savent qu'ils ont le libre choix du Médecin, résultat important.

Les honoraires des Médecins indépendants sont relevés grâce à notre Syndicat.

Les médecins d'Assurances qui ont le tort de traiter à forfait sont payés généreusement.

Nous avons le droit d'être fiers de ces résultats, et nous avons le devoir, comme syndiqués, de rappeler aux Confrères les efforts de notre groupe et de leur dire que, si leurs honoraires sont plus élevés, ils le doivent au *Syndicat Breton* ; mais, je le répète : la Caisse est vide.

Si donc, vous voulez bien, et ce serait chose très utile, non seulement pour notre groupe, mais pour le Corps médical Nantais, prévenir de cet heureux résultat, par lettre circulaire, il faut voter une cotisation supplémentaire et je la voterai de grand cœur.

Le Docteur Claverie. — Il faut envoyer une circulaire ; car sans cela, les Confrères établiraient leurs notes à 2 fr. la visite et 1 fr. 50 la consultation, d'où, perte pour eux, et précédent fâcheux en faveur des Compagnies.

D'ailleurs, cette circulaire pourrait démontrer aux isolés que les Syndicats Médicaux travaillent, que seuls ils ont voix près des pouvoirs publics.

Si notre ami le Docteur Le Ray a été entendu, c'est comme Président du *Syndicat Breton.*

Le jour où tous les Médecins de Nantes et des environs feront partie soit de notre groupe, soit du Syndicat de la Loire-Inférieure, nous ferons facilement et partout triompher nos revendications. Qu'ils entrent donc, suivant leurs idées, dans l'un ou l'autre groupe, mais qu'ils ne restent pas isolés.

Il faudrait que tous les Médecins lisent attentivement le *Concours médical*, journal professionnel par excellence, et fassent partie du *Sou médical.* Nos adversaires ne tarderaient pas alors à baisser pavillon.

L'envoi de la circulaire est décidé à l'unanimité.

Le Docteur Guilhon demande où en est la question du service de nuit.

Le Docteur Le Ray. — J'ai écrit à M. le Maire sans avoir reçu de réponse. Il ne pouvait évidemment pas m'en donner ; nos revendications sont trop justes (il a imité, de Conrard, le silence prudent).

Mais, pour obtenir un résultat, il faudrait une

action vigoureuse des deux Syndicats auprès de la Municipalité.

Le Docteur Gafé. — Le Docteur Le Ray, qui a déjà si bien mené la lutte pour les accidents de travail, voudrait-il se mettre en communication à ce sujet avec le Syndicat de la Loire-Inférieure ?

Le Docteur Le Ray. — Bien volontiers, je vais écrire à ce sujet au Président.

La séance est levée à 6 heures.

Dr Claverie.
Secrétaire,

CORRESPONDANCE

Un bon exemple de propagande.

Périgueux, le 11 août 1906.

Mon cher Confrère,

Je viens de faire tirer à 500 exemplaires la lettre que vous trouverez ci-incluse. Je vais l'envoyer à tous les confrères de la Dordogne ; j'ai même l'intention de l'envoyer aux confrères du Lot ; on ne fait rien dans ce département pour les œuvres du Concours. J'y connais personnellement un certain nombre de médecins, je vais intervenir auprès d'eux.

Veuillez avoir l'obligeance de m'envoyer les feuilles d'adhésion, au Patronage, au Sou, à l'Amicale.

Votre dévoué
D. Delbès.

Périgueux, le 1er septembre 1906.

Mon cher Confrère,

Permettez-moi d'appeler votre attention sur les œuvres créées par le *Concours Médical*. Vous connaissez, au moins de nom, ces œuvres admirables de prévoyance et de défense professionnelles : l'*Association Amicale*, le *Sou Médical*, la *Caisse des Retraites*, le *Patronage Médical*.

L'*Association Amicale* a été fondée pour assurer au médecin, que la *maladie* ou l'*accident* empêche d'exercer sa profession, une indemnité quotidienne de 10 francs par jour, depuis le cinquième jour jusqu'au soixante-cinquième jour d'incapacité, et de 100 francs par mois à partir du soixante-cinquième jour jusqu'à la guérison ou à la mort. Cette indemnité est une indemnité de droit ; elle n'est ni une faveur ni un secours. Pour pouvoir faire partie de l'Amicale, il faut déjà être membre de l'Association générale des médecins de France. Cette condition nécessaire résulte de l'accord intervenu entre l'Amicale et l'Association générale des Médecins de France. Il a été convenu, en effet, que l'Association générale renoncerait à la création d'une nouvelle caisse d'indemnité maladie et ferait sienne la Caisse de l'Amicale, qu'elle soutiendrait, patronnerait et subventionnerait. Et il ne s'agit pas là seulement de bonnes mais vaines promesses : on ne se paye pas de mots au Concours médical. L'Association générale s'est engagée, par contrat, à venir en aide aux membres de l'Amicale qui se trouveraient dans la gêne, en leur payant leur cotisation. C'est en raison de ces avantages, dont l'importance n'échappera à personne, que l'Amicale s'est engagée à ne recruter ses adhérents que parmi les membres de l'Association générale des Médecins de France.

A l'Amicale, il n'y a pas de frais généraux, aussi la cotisation est-elle aussi réduite que possible. Avec la même prime qui est demandée par les Compagnies d'assurances pour garantir contre les risques d'accident seulement, on s'assure à l'Amicale contre la maladie et l'accident.

Enfin, la sécurité de l'Amicale est absolue. Les calculs sur lesquels elle repose ont été confiés à des actuaires réputés et un inventaire périodique permet de faire tous les six ans le calcul des réserves indispensables et de maintenir la cotisation au taux nécessaire à l'exécution des engagements.

Dans ces conditions, quel est le médecin réfléchi et soucieux de ses intérêts qui ne voudra profiter des avantages de l'Amicale ! Nul n'est certain de l'avenir et tel qui entrera à l'Amicale croyant faire œuvre simplement de solidarité, s'apercevra peut-être un beau jour qu'il a fait œuvre de prévoyance et sera tout heureux de recevoir l'indemnité de droit que l'Amicale lui aura assuré.

L'*Amicale* vous garantira contre les risques de la maladie et de l'accident ; au *Sou médical* vous trouverez aide et appui pécuniaire le jour où vos intérêts auront à souffrir des conditions sociales nouvelles au milieu desquelles le médecin doit vivre. Lisez les comptes-rendus du Sou Médical et vous serez édifiés sur sa vaillance et l'énergie de la lutte qu'il soutient tous les jours contre tous les ennemis de la profession médicale. Le Sou Médical vous soutiendra si vous avez des contestations d'honoraires, des difficultés quelconques ayant un caractère d'intérêt général. Bien plus, il couvrira votre responsabilité civile jusqu'à concurrence de 2,000 francs. Et des procès retentissants ont démontré, ces temps derniers, avec quelle facilité les tribunaux mettaient en jeu la responsabilité civile du médecin. Quel est celui d'entre nous, quelle que soit sa fortune, son crédit et les conditions dans lesquelles il exerce, qui peut se dire aujourd'hui à l'abri d'une accusation malveillante, qui est assuré de ne pas être un jour accusé de faute lourde et traîné devant les tribunaux ? Ce jour-là il serait trop tard pour s'assurer l'aide pécuniaire et morale du Sou Médical qui sauverait du discrédit et peut-être de la ruine. A l'heure actuelle, le Sou Médical offre à tous les médecins un abri qu'il est prudent de s'assurer avant l'orage.

Dans l'ordre de la prévoyance, le Concours a encore créé la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical français*, il a complété son œuvre en fondant en 1903, le *Patronage médical.*

Ceux d'entre nous qui assistent aux réunions de notre Association médicale garderont toujours le souvenir de l'impression pénible qu'ils ont éprouvée quand, pour la première fois, leur a été révélée la situation misérable de confrères âgés, arrivés presqu'au terme de leur carrière, dénués de ressources, après toute une vie de labeur. Que de tristesses longtemps cachées, que de souffrances longtemps inavouées, leurs lettres qui se font suppliantes pour demander un secours ne nous révèlent-elles pas !

Il est sage, il est prudent, même pour les heureux, pour les riches de la profession, de préparer l'avenir et de s'assurer une retraite. Ceux qui peuvent payer une prime s'inscriront à la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français ; les autres, les plus nombreux, demanderont leur admission au Patronage médical. Qu'est-ce que le *Patronage* ? C'est une association recrutée parmi les membres du Concours possédant en commun des actions ou des Parts de jouissance de Sociétés exploitant des eaux minérales, des produits hygiéniques, etc., à l'exception des produits pharmaceutiques qu'il s'est interdit. Les adhérents sont donc co-propriétaires de valeurs indivises au même titre que les nombreux et riches confrères, qui sont porteurs d'actions ou titres divers de Sociétés comme Vichy, Châtel-Guyon, etc. Et de même qu'eux, ils recommandent ces eaux et établissements à leurs clients et amis, parce que la Société ne s'y est intéressée qu'après avoir constaté la preuve de leur valeur thérapeutique.

Les parts du Patronage Médical sont cédées au prix de 50 francs et donnent droit à :

1° La perception d'un dividende annuel pour chaque part, dividende fixé par l'Assemblée générale ;

2° La jouissance d'une allocation viagère annuelle proportionnelle aux ressources de la Caisse, allocation fixée également par l'Assemblée générale lorsque le titulaire aura réuni ces conditions : cin-

quante ans d'âge, dix années de participation au « Patronage » (L'allocation sera égale pour tous quel que soit le nombre de parts souscrites).

3 Enfin, pour la veuve et les enfants mineurs, si le titulaire vient à mourir : *dès maintenant et après une année de participation*, une allocation du 300 francs, prélevée sur un fonds spécial dû à la générosité des premiers bienfaiteurs ; *plus tard et après dix ans de participation*, — dès que la chose sera possible, — une allocation annuelle dont le montant sera déterminé par l'Assemblée générale.

Pour les deux premiers exercices, les parts ont reçu un dividende de 7 p. 100.

Mais nous entendons d'ici les critiques : « Vous poussez à la commercialisation, au discrédit de la médecine. Vous rabaissez la dignité du médecin ». Le médecin ne saurait-il donc rester digne qu'à la condition d'être toujours dupe ! Devra-t-il donc toujours continuer à être l'artisan bénévole du succès d'entreprises thérapeutiques diverses créées par des financiers qui s'enrichissent de son travail et qui lui payent sa collaboration... avec du papier buvard pendant qu'ils encaissent de gros dividendes ? Ceux qui ne connaissent pas le Concours peuvent, sans hésitation, accorder leur confiance aux confrères dévoués et énergiques qui dirigent ces œuvres. Ils ont autant que quiconque le souci de la dignité professionnelle. Mais, est-il admissible que le médecin, qui sacrifie tout son être, ses forces physiques et les ressources de son intelligence au bien-être de son prochain, en soit réduit si souvent à végéter de façon misérable quand sonne l'heure de la vieillesse ? Quelques confrères viendront nous dire qu'ils aiment assez leur profession pour que les difficultés de leur existence leur paraissent légères. S'ils n'ont ni femme, ni enfant, et que la vie de cénobite soit tout leur idéal, ils ont le droit de raisonner ainsi, mais s'ils sont chargés de famille, ce droit nous le leur refusons, car ils ont, avant de s'abandonner à une indifférence paresseuse, le devoir d'assurer l'existence des êtres qu'ils ont procréés. Du reste, le souci de l'avenir commence bien à préoccuper le médecin et quelques efforts individuels ont été tentés. On a créé des Caisses de secours, des Caisses de retraites, mais le plus souvent alimentées par quoi ! par une prime que le médecin doit prélever sur ses rentrées, de plus en plus maigres et difficiles. Quand nous nous adressons à un confrère et que nous lui proposons d'adhérer aux œuvres filiales du Concours, voici trop souvent sa réponse : «Je consens volontiers à m'imposer un sacrifice pour m'assurer contre la maladie, pour me prémunir contre les risques de la profession, et mes cotisations à l'Amicale et au Sou médical vous sont acquises ; mais quant à la retraite, je ne puis y songer ; je ne suis pas assuré de pouvoir toujours payer ma prime et avant de songer à l'avenir je dois penser à l'heure présente.»

C'est à ce médecin praticien qu'on exploite de tous côtés et de toutes façons, que nous venons dire « Adhérez au Patronage médical, groupez-vous autour du Concours médical et participez aux bénéfices matériels et moraux de toutes ses œuvres. Vous ferez acte de sagesse, de prévoyance et de solidarité professionnelle.»

J'espère, mon cher confrère, que j'aurai pu vous convaincre et que nous pourrons bientôt vous compter parmi les nôtres. En tout cas, je reste à votre disposition pour tous les renseignements que vous pouvez désirer. Ma propagande, du reste, est absolument désintéressée et c'est à titre de correspondant gratuit du Concours que j'interviens auprès de vous, et aussi, et même surtout, parce que je suis un partisan convaincu de ces œuvres de solidarité.

Votre dévoué,

Docteur Delbès.

BIBLIOGRAPHIE

Association française pour l'Avancement des Sciences. — Congrès de Lyon, Août 1906. — Hygiène : De la stérilisation des eaux par l'Ozone. — Dr Foveau de Courmelles.

Résumé :

Les procédés d'épuration des eaux par l'ozone, après avoir été longtemps trop dispendieux pour être pratiques, se sont beaucoup simplifiés en ces derniers temps ; aussi est-il préférable d'y recourir au lieu de faire venir des eaux captées très loin, à grands frais, et susceptibles de se contaminer en route. En produisant une grande quantité de lumière ultra-violette, par effluves, sous un grand voltage (3500 volts), on a une abondante production d'ozone, d'air ozoné qu'on envoie dans l'eau à épurer.

Si des cloisons très perforées s'opposent au passage des molécules gazeuses, on a un bouillonnement très intense qui mélange très parfaitement le liquide à épurer et l'ozone épurant, de sorte que l'eau sort bleue et sans bacilles, au prix d'un centime et demi par mètre cube, ce qui est très abordable pour produire de la bonne eau potable.

Association Française pour l'Avancement des Sciences. — Congrès de Lyon, août 1906. — Electricité médicale. Traitement des chéloïdes par la lumière et le Radium. — Dr Foveau de Courmelles.

Résumé :

Les cicatrices vicieuses et défigurantes sont très fréquentes et résistent même à l'opération chirurgicale, qui n'empêche par les récidives. La lumière chimique superficielle ou profonde par arc en fer entre électrodes de machine statique (Riffard) ou arc voltaïque au charbon (radiateur Foveau), ont donné d'excellents résultats esthétiques dans divers cas de chéloïdes. Pour d'autres, il a fallu recourir en plus à l'électrolyse négative, aux effluves de haute fréquence très riches en lumière ultra-violette, au radium et aux rayons X, sans dermatite.

Des chéloïdes par infection et suppurant très fréquemment ont ainsi vu le pus se tarir et la cicatrice rétrocéder peu à peu, pour disparaître enfin totalement.

REPORTAGE MÉDICAL

Société des Médecins de Sanatorium français. — Il vient de se fonder, à Paris, entre les médecins de Sanatorium français une Société ayant pour but : de traiter les questions scientifiques du domaine de la tuberculose, notamment celles relatives au fonctionnement des sanatoriums, tant publics que privés. Cette Société, qui ne comprend que des membres titulaires, est ouverte à tous les médecins de sanatorium français, chefs de service et assistants. Elle est administrée par un conseil composé de cinq membres, dont un président, un vice-président et un secrétaire-trésorier. Le président est le Dr Calmette ; le vice-président, le Dr Hervé ; le secrétaire trésorier, le Dr Guinard.

Les réunions, au nombre de trois par année, ont lieu deux fois à Paris et une fois dans un sanatorium de province,

Toute demande de renseignements doit être adressée au Dr Guinard, secrétaire-trésorier, 56, rue de la Victoire.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Dumontet, de Paray-le-Monial (Saône-et-Loire) ; Courrèges, d'Aix-d'Angillon (Cher) ; et Tournier, de Faverney (Haute-Saône), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

**Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.**

Vingt-huitième année | N° 35 | 2 SEPTEMBRE 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le médecin doit-il rester dans sa Tour d'Ivoire?

Des dernières élections est issue une majorité de députés décidés à faire aboutir rapidement divers projets de lois depuis longtemps étudiés dans les commissions. Toutes ces lois tendent à accroître la puissance et à faciliter le développement des syndicats ou des associations qui ont pour but de protéger les individus qui, parce qu'isolés, ont été jusqu'à présent les victimes de ceux qui exploitaient leur faiblesse et leur isolement. Ce sont des lois d'assistance et surtout de prévoyance, des lois sociales comme on les a appelées. Il est hors de doute que ces lois seront votées au cours de la présente législature, c'est-à-dire avant quatre ans. Leur fonctionnement modifiera profondément l'aspect de toute la société et les conditions d'existence des médecins. Dans le jeu de ces lois, qu'il le veuille ou non, le médecin jouera forcément un rôle prépondérant. Mais conservera-t-il dans la nouvelle organisation sociale son indépendance professionnelle et une influence prépondérante ? Telle est la question qui doit retenir toute l'attention des syndicats médicaux.

Jusqu'à ce jour d'habiles politiciens ou de rusés administrateurs ont su *« faire marcher le médecin »* et se réserver tout le bénéfice et tout le mérite des services rendus par le corps médical. Tout s'est fait sur le dos des médecins pour la plus grande gloire de quelques ambitieux qui, dans les banquets organisés par des sous-ordres, se présentent comme les seuls, les vrais pionniers du progrès.

Cela va-t-il continuer ainsi ? Oui, si les médecins restent enfermés dans leur Tour d'Ivoire, ne voulant pas, par crainte de heurter quelques-uns de leurs clients, descendre dans l'arène pour démasquer les intrigants qui cherchent déjà à canaliser, pour leurs intérêts et au détriment de ceux qu'ils prétendent défendre, le grand courant d'assistance et de prévoyance qui de jour en jour devient plus impétueux. S'occuper non pas de politique, mais d'économie politique, de questions sociales, est aujourd'hui un devoir pour toute personne instruite qui veut conserver un rang honorable dans la société. Pour remplir efficacement cette obligation, tous ceux qui ont le même rôle à remplir doivent se grouper, aucun ne doit rester isolé pour lutter, nul ne doit fuir le champ de bataille.

Les médecins qui, parmi les gens instruits, sont ceux dont la science est la plus variée, qui ont au plus haut degré des idées générales élevées, qui connaissent le mieux les besoins des classes laborieuses grâce à leur contact constant et intime avec les deshérités et les vaincus de la vie, les médecins, dis-je, doivent être les premiers à prendre part à ce grand mouvement de solidarité *et à le diriger*. Pour ce faire, tous doivent adhérer à leur syndicat médical, et tous les syndicats médicaux

doivent adhérer à l'Union des syndicats médicaux, qui doit à son tour surveiller de très près toutes les modifications sociales qui se préparent, veiller à ce qu'elles soient faites de manière à répondre au but qu'elles veulent atteindre sans léser les légitimes intérêts des médecins.

Les lois, les associations anciennes ou naissantes, doivent donner de plus en plus la possibilité d'assurer chaque jour davantage la sécurité et en même temps la liberté individuelle, à ceux qui cherchent un appui dans l'association. Il faut donc prendre garde surtout aux influences, aux manœuvres néfastes des intrigants qui voudraient faire dévier ce courant dans un sens opposé. Ces ambitieux cherchent au contraire à ce que la mutualité, au lieu d'augmenter la puissance de l'individu, absorbe cette individualité, la noie dans la collectivité, la réduise à un numéro perdu dans la masse, l'oblige à n'avoir ni liberté ni volonté personnelle, à être « perinde accadaver ». De la sorte, les chefs, les présidents de ces associations formeraient une oligarchie qui dirigerait et exploiterait cette force collective pour le triomphe de leurs intérêts personnels.

On peut dire qu'à l'heure actuelle les syndicats médicaux « ont du pain sur la planche ». C'est, d'abord, la proposition de M. Plichon, député du Nord, portant modification à la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite. Cet honorable député veut que les indigents aient, comme tout le monde, le droit de choisir leur médecin. Il veut faire disparaître du code français ce reste de barbarie qui permet à une administration, à un chef d'industrie, à une société philanthropique d'imposer un médecin à un malade.

Dans ce même ordre d'idées, il faut encore signaler à l'attention des syndicats médicaux les travaux de la commission d'assurance et de prévoyance sociale qui s'est réunie sous la présidence de M. Guyesse. Elle a approuvé le rapport de M. Thivrier sur le projet de résolution de M. Paul Constans, ayant pour objet d'inviter le gouvernement à présenter un projet de loi étendant le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents, aux ouvriers agricoles.

Il serait très important que, pendant cette fin de vacances, les médecins insistent auprès de leurs députés pour faire voter sans retard cette loi. Elle délivrerait les ouvriers agricoles du joug des Cies d'assurances, qui imposent encore aux ouvriers de la campagne des médecins totalement inconnus des malheureux blessés. L'une de ces Cies a envoyé, il y a quelques mois, un de ses médecins de Paris pour enlever en automobile un ouvrier agricole soigné avec dévouement au milieu de l'air vivifiant de la campagne. On lui a fait ainsi parcourir plus de cent trente kilomètres pour le transporter en plein Paris, dans un dispensaire établi dans l'air insalubre de la capitale où il a été opéré par un médecin baptisé grand chirurgien par la Cie d'assurances. Un procès appelé à faire bientôt quelque bruit dévoilera du reste ces faits scandaleux à l'opinion publique, puisque, malgré nos plaintes, M. Paulet, le directeur de la Prévoyance sociale au Ministère du commerce, ne veut pas s'en émouvoir.

DIVERNERESSE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Amputation partielle du pied.

M. le Dr Ed. LAVAL analyse dans le *Caducée* un travail sur un nouveau procédé d'amputation partielle du pied imaginé par MM. N. Demosthen et Angéhlovici pour remédier aux inconvénients graves de l'ancienne amputation de Chopart. Voici la description de ce procédé :

PIED GAUCHE. — *Taille du lambeau plantaire.* La jambe dépasse à peu près en totalité le bout de la table d'opération. La jambe saine fléchie sur la cuisse est maintenue par un aide. Un autre aide fixe la partie inférieure de la jambe malade et rétracte les téguments.

L'opérateur, ayant déterminé le niveau des interlignes astragalo-scaphoïdien et calcanéo-cuboïdien, est placé en face du pied, tenant un couteau à lame courte ; sa main gauche saisit la face dorsale du pied, le bord cubital dirigé vers le cou-de-pied et, le coude relevé, elle imprime au pied un mouvement de rotation en dehors, pour mettre en évidence le bord interne du pied. Sur ce même bord, à partir du tubercule scaphoïdien commence une incision horizontale qui se dirige en avant, traverse ce bord derrière la tête du premier métatarsien, passe dans la plante, apparaît sur le bord externe, vers le milieu du cinquième métatarsien, se dirige sous la malléole péronière et se termine sur le bord externe du tendon d'Achille. L'aide rétracteur saisit le pied par les orteils et présente la plante du pied.

L'opérateur dissèque le bout du lambeau plantaire, en rasant les faces inférieures des métatarsiens à peu près jusqu'à leurs extrémités postérieures.

Taille du lambeau. — L'opérateur saisit le pied, empaumant de sa main gauche la plante du pied. En partant du même point que l'incision plantaire, c'est-à-dire du tubercule scaphoïdien, il fait une incision intéressant toutes les parties molles jusqu'aux os, qui s'arrondit sur la face dorsale, en décrivant une courbe dont la convexité passe au niveau des articulations tarso-métatarsiennes et rencontre l'incision externe au niveau de l'articulation cuboïdienne.

Désarticulations et sciages. — En portant le pied en varus équin (pour faire proéminer la tête astragalienne), l'opérateur procède à la désarticulation astragalo-scaphoïdienne d'abord et astragalo-calcanéenne ensuite, en coupant les puissants ligaments qui réunissent ces os ; pendant la séparation des os, la main gauche de l'opérateur exagère de plus en plus l'extension et l'adduction du pied. Une scie à lame large est appliquée horizontalement sur l'astragale, immédiatement au-dessous de la pointe de la malléole péronière en évitant l'ouverture de l'articulation péronéo-tibio-astragalienne) et enlève une lamelle de quelques millimètres seulement. La section du calcanéum est pratiquée dans la direction d'une ligne passant immédiatement au-dessus de l'insertion du tendon d'Achille et au-dessous de la petite apophyse. On attaque l'articulation calcanéo-cu-

boïdienne. Toilette des lambeaux, ligature des vaisseaux, excision des nerfs. Mise en contact des surfaces osseuses sciées ; leur fixation par deux ou trois points de suture avec fil d'argent. Suture des lambeaux au crin de Florence, en piquant les bouts des tendons extenseurs et après application des tubes de drainage. Pansement légèrement compressif. Placer le pied dans une attelle maintenant la jambe et le pied.

Pied droit. — L'incision plantaire commence au bord externe du tendon d'Achille et passe à un travers de doigt sous la malléole péronière ; arrivée vers le milieu du cinquième métatarsien, elle croise le bord externe du pied, passe dans la plante en s'arrondissant, apparaît sur le bord interne le traverse, se dirige en arrière et s'arrête sur le tubercule du scaphoïde. L'incision du lambeau dorsal commence à l'incision dorsale externe, à un travers de doigt derrière la tubérosité du cinquième métatarsien, s'arrondit au niveau de l'articulation de Lisfranc et se termine sur le tubercule scaphoïdien comme l'incision plantaire. Le reste de l'opération s'exécute comme sur le pied gauche.

Les courants de haute fréquence et la tension artérielle.

Au dernier congrès de l'A. F. A. S., M. le rapporteur Doumer a fait ressortir les progrès appréciables obtenus en thérapeutique par l'usage des courants de haute fréquence. On désigne sous le nom de courants à haute fréquence, dit le *Bull. Médical*, des procédés d'électrisation très divers qui n'ont d'autre point commun que d'employer l'énergie électrique dans un état d'oscillations extrêmement fréquentes, mais qui diffèrent profondément les uns des autres. Dans les uns, on fait intervenir la *quantité* d'électricité comme, par exemple, dans l'*autoconduction* et dans la mise du sujet en *dérivation aux deux extrémités du petit solénoïde*. Dans d'autres, au contraire, on utilise surtout la *tension* que l'on s'efforce de rendre aus si élevée que possible comme, par exemple, dans l'*effluvation de résonnance*.

« Accueillis d'abord avec méfiance et quelque scepticisme, ils ont eu rapidement raison et de cette méfiance et de ce scepticisme par l'évidence même de leur action et ils n'ont pas tardé à prendre une place honorable dans la thérapeutique moderne. Leurs effets dans une foule de *maladies de la peau*, dans la *fissure sphinctéralgique*, dans les *hémorroïdes*, dans les *prostatites*, dans les *métrites* et en général les maladies locales à *caractère inflammatoire*, sont si nets, qu'ils sont admis sans conteste par tous ceux qui sont un peu au courant des découvertes récentes, et que l'on peut poser en principe fondamental de l'électrothérapie moderne leurs propriétés antiphlegmasiques.

« Mais voilà qu'à côté de ce grand principe, un second vient d'apparaître qui semble être non moins général, ouvrant au médecin un champ très fécond de recherches et donnant au clinicien un moyen simple, élégant, et qui paraît très sûr de combattre avec efficacité toute une grande classe de maladies contre lesquelles nous étions jusqu'ici à peu près impuissants, je veux parler de l'action que les courants à haute fréquence exercent sur la tension artérielle.

« M. Doumer rappelle alors que M. d'Arsonval, dès le début de ses recherches sur les courants à haute fréquence, a vu qu'ils exercent une action réelle sur l'appareil circulatoire et sur la pression sanguine. De son côté, M. A. Moutier a démontré cliniquement que l'on peut, par l'*effluvation* du rachis, élever la tension artérielle chez les neurasthéniques ou paraneurasthéniques hypotendus, et combattre l'hypertension par les *procédés de quantité*, notamment par l'*autoconduction* ou d'*Arsonvalisation*.

« M. Moutier obtient souvent un abaissement à la normale en 6 à 7 séances et les cas les plus longs ne nécessitent pas plus de 18 à 19 séances. La rapidité de l'abaissement de la pression ne semble pas être en rapport avec la gravité, ni avec l'ancienneté de l'artério-sclérose, ni même avec le degré plus ou moins élevé de l'hypertension ; mais elle semble plutôt dépendre du régime que suit le malade et de son hygiène. Aussi l'auteur conseille-t-il d'associer toujours le régime et l'hygiène à la d'Arsonvalisation : employés seuls ce régime et cette hygiène sont impuissants à guérir l'hypertension, mais associés à l'autoconduction, ils rendent le traitement plus rapide ; M. Moutier affirme que l'autoconduction peut, à elle seule, amener une guérison puisque toujours il a réussi à ramener à la normale la pression artérielle d'un hypertendu. »

M. Doumer termine par les conclusions suivantes : Lorsque l'on a traiter des cas d'hypotension, on devra éviter les applications de quantité, telles que l'autoconduction, la dérivation sur le petit solénoïde ; on emploiera, au contraire, avec grand avantage les procédés de tension tels que l'effluve de résonnance.

Si le malade a de l'hypertension, on aura recours aux procédés de quantité tels que la cage et le petit solénoïde et l'on évitera les méthodes de tension.

Le trypanroth contre le cancer.

Le trypanroth est un corps colorant de la série benzopurpurique ; il se présente sous la forme d'une poudre brun-rouge, sans odeur, insipide, soluble dans l'eau.

M. le Dr Capitan nous apprend dans la *Médecine moderne* d'après une communication du Dr Schoull, médecin de l'hôpital de Tunis, que le trypanroth a été employé avec succès dans le traitement de la trypanosomiase, par Laveran, Ehrlich et Sigha ; il a été expérimenté à nouveau par Horand et Jaboulay, de Lyon, dans le cancer.

Les auteurs ont administré le trypanroth d'abord en cachets, puis en injections hypodermiques, mélangé à du sérum dans la proportion de 0 gr. 50 de trypanroth pour 40 centimètres cubes de sérum physiologique. L'administration en cachets semble ne donner aucun résultat appréciable. Il n'en est pas de même de l'introduction dans l'organisme de trypanroth en solution dans le sérum : après un temps variable, les téguments prennent une coloration d'un beau rose, allant quelquefois jusqu'au rouge vif. Cette coloration, qui se produit ordinairement au bout de quelques heures et gagne les urines, est un des inconvénients de la méthode.

« Les injections du trypanroth sont assez douloureuses ; même en les poussant très doucement, la pénétration du sérum additionné de trypanroth détermine, dans le cours de l'injec-

tion, une douleur très aiguë avec irradiations extrêmement vives à une assez grande distance du point injecté. Cette douleur s'amende au bout d'une heure environ, pour reparaître aussi violente après une accalmie de dix à douze heures. Additionner la solution d'une certaine quantité de cocaïne (3 centigrammes par injection) ne présente aucun avantage.

« L'injection est pratiquée au flanc ou à la face externe de la cuisse. Le liquide a toujours été injecté tiède (35° environ).

« La formule adoptée par Horand et Jaboulay, de 0 gr. 50 de trypanroth en solution dans 40 centimètres cubes de sérum, semble donc devoir être conservée.

« Malgré les précautions antiseptiques les plus minutieuses et la stérilisation du produit injecté, les auteurs ont eu, à plusieurs reprises, des réactions inflammatoires locales.

« Dans la plupart des cas, l'injection était suivie d'une réaction fébrile, se produisant au bout de six à huit heures, avec une température oscillant entre 38 et 39°. Cette réaction fébrile ne semble pas en rapport avec la nature de l'affection traitée et s'amende sans aucune médication au bout d'un temps variant de douze à trente-six heures.

« On a quelquefois noté un peu d'oligurie.

« Les injections doivent être pratiquées à des périodes variables : parfois tous les deux à trois jours ; d'autres fois, tous les huit à dix jours. En tous cas, quatre à six suffisent généralement pour obtenir un résultat qui est souvent étonnant. Il faut d'ailleurs se guider sur la réaction du malade et les résultats obtenus. »

Les résultats obtenus dans deux cas de cancer de l'estomac sont tellement encourageants que de nouvelles expériences méritent d'être tentées.

Mixture contre la dysménorrhée.

Dans son excellent *Formulaire thérapeutique*, M. le Dr O. Martin conseille la préparation suivante qui peut être très utile dans les dysménorrhées ou les douleurs cataméniales des femmes pléthoriques, ou arthritiques.

Acétate d'ammoniaque liquide	30 cent. cubes.
Teinture de piscidia erythrina.	} àâ 20 grammes.
Teinture de viburnum prunifolium..........................	
Teinture alcoolique de valériane..........................	
Teinture d'asa fœtida ou d'anémone pulsatile..........	10 grammes.

2 à 5 cuillerées à café, chacune, dans un quart de verre d'eau sucrée.

Dans la dysménorrhée et les douleurs utérines et lombaires des jeunes filles, on peut employer encore la préparation suivante :

Acétate d'ammoniaque liquide	20 cent. cubes.
Alcoolature d'anémone pulsatile..........................	10 grammes.
Teinture alcoolique de valériane	} àâ 45 grammes.
Teinture alcoolique de piscidia.	

1 à 3 cuillerées à café chacune dans un demi verre d'eau sucrée.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le Professeur Kirmisson.

L'invagination intestinale chez les nourrissons.

Je vous parlerai aujourd'hui d'un enfant qui vient de succomber dans le service, malgré l'intervention chirurgicale. Nous ne sommes pas là pour enregistrer seulement nos succès opératoires, nous devons vous exposer les faits, heureux ou malheureux, que nous observons, s'ils comportent un enseignement.

Voici l'histoire du petit malade. Né le 22 décembre 1905, il avait donc cinq mois et demi au moment de son admission. Elevé au sein par la mère, sa santé était restée bonne jusqu'alors. Détail intéressant, cependant : il y a 7 à 8 semaines, il fut atteint d'un peu de diarrhée et de quelques selles sanguinolentes, auxquelles succéda de la constipation. Mardi dernier, 5 juin, il a, vers 4 heures de l'après-midi, une garde-robe ; puis, brusquement, un instant après, il est pris de douleurs vives, de coliques, il pousse des cris et il rend par l'anus des matières glaireuses, sanguinolentes. A partir de ce moment, l'émission de matières fécales et de gaz est totalement supprimée et l'on note seulement le rejet de quelques glaires. Un médecin, appelé aussitôt, prescrit un lavement avec de l'eau oxygénée. Il y eut, sous l'influence de ce traitement, une certaine sédation, mais la nuit fut mauvaise et, à 3 heures du matin, les vomissements apparurent. Le 6 juin, à 8 heures, la mère donne le sein : le lait est vomi. Depuis lors, l'enfant, mis à la diète absolue, continue à vomir. Le médecin qui soigne le petit malade pratique le toucher rectal et constate la présence, en haut du rectum, d'une grosse masse mollasse. Il diagnostique une invagination et conseille à la mère de venir à l'hôpital.

La mère et l'enfant entrent, à 2 heures, salle Baudelocque. A l'examen du petit patient on fait les constatations suivantes : l'enfant crie, souffre ; son ventre est sonore à la percussion ; le palper, difficile et douloureux, ne révèle pas de tumeur. Le toucher rectal confirme le diagnostic d'invagination ; on trouve, au niveau du promontoire, une masse molle, qui est l'intestin invaginé. A 3 heures, M. Tridon pratique la laparoto-

mie par une incision sous-ombilicale : une petite quantité de sérosité s'écoule et des anses intestinales dilatées se précipitent vers l'ouverture abdominale. M. Tridon se donne plus de jour : il arrive sur un boudin d'invagination du cæcum dans le côlon ascendant, d'environ 15 centim. de longueur ; il le désinvagine doucement et, ayant trouvé un point de l'intestin suspect, il l'enfouit avec des points de suture. Il enlève l'appendice, bien que sain, et termine en plaçant un gros drain dirigé vers le cæcum. L'opération avait duré 25 minutes. Il faut toujours, chez les petits enfants, réduire au minimum la durée d'une opération, mais 25 minutes est un laps de temps qui n'a rien d'exagéré pour une laparotomie.

Je vis le petit malade le lendemain. Son facies était assez bon. Il n'avait plus vomi et avait eu deux garde-robes. La température atteignait 38°8. En un mot, l'obstacle était certainement levé et il fallait attendre. Nous n'avions, à ce moment, rien à faire, si ce n'est à recommander des tétées courtes. Le vendredi matin, il y avait aggravation. La fièvre s'élevait à 40°2, les yeux étaient excavés, le facies altéré. Pas de vomissements. On pouvait craindre un début de péritonite ou expliquer la fièvre par une sorte de septicémie, souvent observée en pareil cas.

Le samedi matin, la situation semblait meilleure et nous nous prenions à espérer. Tout à coup, dans la soirée, vers 6 heures, l'état s'aggrava. Les phénomènes d'obstruction (vomissements, suppression des garde robes, ballonnement du ventre) se reproduisirent et, à 9 heures, trois jours après l'opération, l'enfant succombait.

Nous avons pu pratiquer l'autopsie. On ne trouva pas de péritonite généralisée, pas de pus dans la cavité abdominale, ce qui montre que l'asepsie, au cours de l'intervention, avait été bonne. La mort était due au retour des phénomènes d'obstruction. L'invagination s'était-elle donc reproduite ? En aucune façon ; il n'existait pas d'invagination nouvelle, mais une adhérence large de l'intestin grêle au cæcum. Il s'était fait, entre le cæcum et le moignon d'appendice d'une part, l'intestin grêle d'autre part, des adhérences, d'où une coudure de l'intestin à ce niveau. On trouvait là un magma d'adhérences molles, récentes, faciles à décoller, une dilatation énorme de l'intestin au-dessus de la coudure, et un rétrécissement, un intestin filiforme, au-dessous.

En résumé, il s'agit d'un enfant de cinq mois, pris brusquement d'invagination et apporté à l'hôpital 23 heures après le début des accidents, qui, après une opération absolument correcte, a succombé à un incident spécial.

Les faits de ce genre ne sont pas, heureusement, très fréquents dans nos services de chirurgie infantile. Je ne saurais les laisser passer sans vous en parler, car ils sont des plus instructifs. Il est, en effet, à propos des invaginations intestinales, des données précises que tout le monde doit connaître.

L'invagination, et l'invagination aiguë en particulier, est surtout une maladie de la première enfance, des nourrissons, et même des six premiers mois de la vie. Toutes les statistiques le démontrent. L'âge est ainsi un élément important pour le diagnostic de cette affection. Appelé auprès d'un nourrisson qui présente des phénomènes d'obstruction intestinale, vous n'avez pas à discuter l'hypothèse d'étranglement interne : c'est une invagination. Nous devons chercher, dans nos leçons, à imprimer dans votre esprit les grandes vérités de la clinique. Eh bien ! voilà une chose facile à retenir : l'invagination est l'occlusion intestinale par excellence des tout jeunes enfants.

Autre signe fondamental : l'écoulement d'une certaine quantité de sang par l'anus. Les couches du nourrisson sont tachées de mucus grisâtre et d'évacuations sanglantes. Cruveilhier avait déjà noté ce symptôme, il y a longtemps. Il ne manque pour ainsi dire jamais. Ne croyez pas, toutefois, qu'il s'agisse d'hémorrhagies abondantes. En général, c'est simplement un mucus teinté de sang : on ne rencontre pas de grandes hémorrhagies comme on en voit dans les polypes du rectum.

Un troisième signe de grande valeur également est fourni par la palpation abdominale et le toucher rectal. La palpation décèle souvent la présence d'un boudin d'invagination. Au début, vous le rechercherez principalement dans la moitié droite de l'abdomen, l'invagination portant presque toujours sur le cæcum. Lorsque la lésion est plus développée, il devient possible de la sentir par le toucher rectal. On trouve alors une masse qu'il convient de différencier du polype du rectum. Celui-ci est commun dans l'enfance ; il est habituellement petit, implanté peu au-dessus de l'anus, sur la demi-circonférence postérieure du rectum ; il est pédiculé. Ici, vous tombez sur une masse molle, non pédiculée, et quelquefois, au milieu, vous arrivez sur un orifice où vous pouvez introduire le doigt.

Le diagnostic de l'invagination se basera donc (outre la symptomatologie propre à toutes les variétés d'obstruction intestinale) sur les notions suivantes : l'âge, les glaires sanguinolentes, la saillie particulière de la moitié droite de l'abdomen, et, dans certains cas, les résultats confirmatifs du toucher rectal. De ce dernier signe, il ne faut pas se féliciter : il indique une invagination étendue.

Quelle est la marche de l'invagination abandonnée à elle-même ? Elle n'est pas absolument fatale. On peut observer bien rarement il est vrai, une évolution spontanée vers la guérison. Il se forme, au niveau du collier d'invagination, des adhérences qui mettent le péritoine l'abri d'une contamination : l'intestin se gangrène et est éliminé. A la vérité, si l'on peut tenir compte de cette évolution dans la seconde enfance, il n'en est plus de même chez les nourrissons incapables de faire les frais d'un mode de guérison aussi laborieux. Chez eux, on ne doit fonder d'espoir que sur l'intervention médicale ou chirurgicale.

Les règles du traitement sont semblables à celles de la hernie étranglée. Que faisons-nous, en face d'une hernie étranglée ? Le taxis quelquefois, et, le plus généralement, la kélotomie, kélotomie qui a, je le rappelle en passant, un pronostic très favorable chez les petits enfants.

Nous avons, dans le traitement de l'invagination, quelque chose d'analogue au taxis : le massage, les insufflations, la grande irrigation. Ce moyen compte des guérisons. Vous pourrez l'employer lorsque vous serez appelé dès les premières heures. Voici comment vous procéderez à cette petite opération (c'est une véritable opération) : donnez un peu de chloroforme pour atténuer l'irritabilité générale, extrême dans l'enfance ; faites relever le siège et les membres ; prenez une

longue canule,un bock tenu à 75 centimètres de hauteur environ et envoyez dans l'intestin un quart à un demi-litre d'eau stérilisée tiède, à 35°. Suivez, avec la main palpant l'abdomen, les progrès de la désinvagination. On voit parfois la tumeur se développer de gauche à droite et une dernière expression peut la compléter. Il est permis, je dirai presque indiqué, tout à fait au début des accidents, d'avoir recours à cette méthode. Elle réussit ou elle échoue. Si elle échoue, il faut prendre immédiatement le bistouri,l intervention ayant d'autant plus de chances d'être couronnée de succès qu'elle est plus précoce.

Les statistiques nous le démontrent. Ces statistiques nous sont fournies en majorité par les chirurgiens anglais. C'est en Angleterre où l'on voit et où l'on opère le plus d'invaginations. Je crois qu'en France, si l'on ne se payait pas de mots,si l'on n'appelait pas « coliques », « entérite », des choses qui sont tout autres, on trouverait des occasions plus nombreuses d'intervenir de bonne heure contre l'invagination.

Il y a deux ans, M. Grisel a présenté au Congrès de Rouen un rapport sur l'état actuel du traitement de l'invagination. Il a montré que la mortalité atteignait 14 0[0 chez les malades opérés dans les 12 premières heures, 39 0[0 chez ceux opérés au bout de 24 heures,48 0[0 chez ceux opérés au 4e jour. Il est impossible, dans ces conditions, de ne pas avoir sa règle de conduite tracée :

Dès que vous serez en présence d'un nourrisson atteint d invagination,essayez les grands lavements, et, s'ils restent sans effet, intervenez aussitôt avec le bistouri. Comment opérer ? Dans l'immense majorité des cas, vous inciserez sur la ligne médiane. Arrivé sur l'invagination, allez-vous prendre le bout étroit et faire des tractions sur lui ? C'est une mauvaise pratique. Vous devez réduire par expression, exercer votre effort sur la partie saine, refoulant ainsi la partie invaginée. Une traction douce sur le fragment invaginé aide quelquefois la fin de la désinvagination.

Presque toutes les désinvaginations sont suivies d'une forte élévation de température (40°). Ce phénomène est dû à la résorption des produits toxiques contenus dans l'anse intestinale. Il est plus facile d'indiquer le fait que d'y parer.

Certains auteurs, dans le but d'éviter les récidives, ont cherché à provoquer des adhérences. Cette conduite est dangereuse ; elle peut être l'origine d'étranglement ultérieur et, d'autre part, elle prolonge l'opération : or, chez les tout petits enfants, l'opération idéale est l'opération courte.

Une autre idée s'est présentée à l'esprit. Puisqu'il faut des opérations rapides, s'est-on dit, pourquoi ne pas faire un anus contre nature et laisser éliminer le bout invaginé. Cela paraît logique, mais la pratique est venue démontrer que cela ne valait rien.

En résumé, retenez que l'invagination est généralement facile à reconnaître : c'est le mode habituel de l'occlusion intestinale des nourrissons. Elle se traduit, outre les symptômes ordinaires de l'occlusion intestinale, par des glaires sanguinolentes et un boudin que perçoit le palper abdominal et parfois le toucher rectal. Le traitement consiste en grands lavements et, au cas d'insuccès, en opération immédiate.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Contribution au traitement de la bronchite capillaire chez l'enfant.

L'enfant malade, dit le Dr Schopohl (*Blätter f. Klin. Hydroth.*, 1905), doit être plongé dans un bain de 36° à 38° C, dont on élève la température à 40° ou 45° par des additions intermittentes d'eau chaude ; on cherche ainsi à provoquer la sudation. La durée du bain est environ de 10 à 20 minutes. Pour maintenir la rougeur intense de la peau obtenue par le bain chaud, et même pour l'augmenter, on met,aussitôt après,l'enfant dans un enveloppement complet. Celui-ci est préparé d'avance en étendant une couverture de laine et par-dessus une toile de lin ; au sortir du bain on enroule complètement l'enfant jusqu'à la tête, sans l'essuyer, dans la toile de lin, puis dans la couverture de laine ; ce qui dépasse les pieds est replié sur le corps. On peut encore prendre une deuxième couverture de laine, et placer des cruchons d'eau chaude aux côtés du petit malade. Celui-ci reste une heure ou deux dans cet enveloppement. Si la sudation n'a pas été obtenue dans le bain chaud, elle ne tarde pas à se produire grâce à ce dispositif. Au bout d'un certain temps, on retire l'enfant de ses couvertures, et l'on entoure sa poitrine d'un grand morceau de papier à la gutta-percha, enduit d'huile chaude sur sa face interne : une bande de flanelle fixe cet enveloppement. La gutta-percha huilée maintient l'hyperémie cutanée, sans trop influencer l'organisme. Dans la plupart des cas, une seule procédure de ce genre exercée, dès le premier jour, une influence favorable sur la maladie. Parfois, il devient nécessaire de recommencer encore une fois dans l'après-midi.Entre temps, on fait par intervalles respirer de l'air humide au malade, en faisant bouillir de l'eau dans un récipient, placé à proximité de lui.

Tout ce traitement est facile à mettre en pratique dans tous les milieux. D'autres auteurs déjà ont vanté ses excellents effets dans la bronchite capillaire. Baelz (de Tokio) dit à cet égard qu'il surpasse toutes les autres thérapeutiques ; il agit vraisemblablement par une forte dérivation cutanée,qui soulage le cœur droit et la petite circulation. L'hyperémie et l'exsudation des bronches sont, par suite, diminuées ; le travail du cœur se partage dès lors entre le ventricule gauche et le ventricule droit. La cyanose, un pouls fréquent et faible sont une indication et non pas une contre-indication pour l'emploi du bain chaud. Quand, dans les pneumonies infantiles, on aura employé les bains chauds aussi bien que les bains froids, on n'hésitera pas entre les deux procédés.

D'autre part, Mathes estime que l'action bienfaisante du bain chaud se traduit : 1° par une résolution marquée du processus pathologique au niveau des poumons ; 2° par une amélioration de l'action cardiaque, par une augmentation de la quantité des urines ; par une chute régulière de la courbe thermique, et une évolution plus rapide de la pneumonie ; 4° par une sensation de bien-être général.

L'hyperémie passive dans le traitement des arthrites chroniques rhumatismales et gonococciques.

La méthode de Bier, autrement dit l'hyperémie passive, constitue un remède très précieux, aussi bien pour le rhumatisme articulaire chronique que pour l'arthrite gonococcique, qu'on l'emploie seule ou combinée aux autres thérapeutiques physiques (douches de vapeur, bains d'air chaud, locaux et généraux, cataplasmes, etc...).

Dans le rhumatisme chronique des articulations des membres, l'action curative de l'hyperémie passive se traduit non seulement par la sédation de la douleur (observée souvent dès la première application) et par une amélioration fonctionnelle, mais encore par des effets de résolution marquée sur les exsudats. Ce moyen ne protège pas mieux que les autres contre les récidives ultérieures. Dans l'arthrite déformante elle calme surtout la douleur.

Quant à l'arthrite gonococcique, la méthode de Bier permet d'obtenir des résultats excellents. Hirsch a traité 25 malades de ce genre, à Francfort (*Berl. Klin. Wochens.*, 1905) ; la mise en traitement commençait aussitôt que possible après le début de l'affection et l'hospitalisation du malade. Deux patients ne purent supporter la méthode, car l'hyperémie déterminait chez eux des douleurs particulièrement intenses ; les autres supportèrent bien l'application de la bande hémostatique, qui souvent diminua chez eux la douleur dans de notables proportions. L'hyperémie était réalisée deux fois par jour, tout d'abord quelques minutes, puis une demi-heure ou une heure, rarement 1 heure 1/2, deux ou trois heures ; dans les intervalles, on appliquait un pansement ouaté, des compresses de Priessnitz, des badigeonnages de teinture d'iode, etc. Toujours, on constata au bout de quelques jours, un amendement des douleurs; souvent la résorption de l'exsudat fut assez rapide pour permettre de commencer les mouvements passifs au bout d'une semaine. Dans un seul cas, l'hyperémie passive ne put empêcher la raideur articulaire de se produire. A noter, cependant, que la durée du traitement fut peut-être un peu plus longue qu'avec les méthodes ordinairement employées ; mais il faut dire que Hirsch ne s'était pas exactement conformé aux préceptes de Bier, en ce qui concerne la durée d'application de la bande hémostatique. Le Dr Laqueur confirme l'excellence de ce procédé dans les arthrites gonococciques.

Le même auteur (*Fortsch. der Medicin*) a essayé l'hyperémie passive dans certains cas de névralgie sciatique, où les premiers symptômes avaient, en disparaissant, laissé derrière eux une douleur rebelle dans le territoire d'un nerf musculo-cutané. La sédation fut aussi de règle en pareil cas, même quand l'hyperémie ne paraissait pas offrir d'avantages marqués sur les autres méthodes.

Laqueur suivit toujours exactement les règles posées par Bier. Au-dessus de l'articulation étaient fixés plusieurs tours d'une bande en caoutchouc : la partie excentrique du membre devait prendre une teinte rouge foncé, devenir cyanotique et rester plus chaude que le segment correspondant du membre opposé. D'autre part, le pouls artériel devait toujours continuer à être perçu au-delà de la ligature. Au niveau de l'articulation du genou, on devait appliquer des malléoles au plateau tibial, un bandage roulé en flanelle, afin de concentrer autant que possible la stase sur l'article malade. La durée de l'hyperémie devait s'élever progressivement de 2 et 4 heures à 5 et 12 heures. La bande enlevée, on faisait un massage centripète.

Sur le traitement de l'ulcère de l'estomac.

Le traitement chirurgical de l'ulcère rond de l'estomac est soumis à des indications limitées ; seule une perforation, ou bien une hémorrhagie profuse devrait permettre de tenter une intervention opératoire ; encore faut-il remarquer que dans cette dernière indication l'écoulement de sang est si abondant, est si menaçant et si violent, en règle générale, qu'il laisse à peine le temps d'opérer.

Tout cas d'ulcère stomacal doit être, en premier lieu, traité par la médecine interne, pour laquelle la durée du traitement vient d'être heureusement diminuée grâce aux recherches de Lenhartz.

Le vieux schéma diététique de Ziemssen-Leube visait avant tout à ménager les fonctions gastriques ; mais il rendait l'alimentation insuffisante, et, par suite, augmentait encore l'anémie déjà existante des malades. Si l'on accroît la quantité de lait (principal élément de la diète) de telle sorte que l'alimentation devienne suffisante, ce qui nécessite au moins trois litres de lait, on atteint un volume alimentaire, qui remplit et distend démesurément la poche stomacale.

Lenhartz est arrivé à un régime qui, avec le plus petit volume possible, avec le minimum d'irritation, parvient à combiner l'acide chlorhydrique de l'estomac, et par suite à relever l'alimentation très rapidement. Ce régime contient une très grande quantité de calories ; il est très riche en albumine (lait, œufs, viande râpée). Avant Lenhartz, on redoutait l'emploi des albumines, qui, croyait-on, augmentaient la production d'acide chlorhydrique dans l'estomac ; en cherchant par une alimentation liquide à ménager la fonction, on causait beaucoup de dommages par l'administration de quantités considérables de liquides, dans lesquels le lait entrait pour une grande part.

Cependant Minkowski (*Med. Klinik.*, n° 52) ne veut pas, comme Lenharzt, reprendre l'alimentation aussitôt après une hémorrhagie profuse ; il laisse pendant quelques jours l'estomac au repos, et n'institue le régime diététique de Lenharzt qu'au bout de deux ou trois jours d'accalmie.

D'après les règles de ce régime, il faut proscrire autant que possible le sel de cuisine ; les œufs et la viande râpée sont pris sans addition de ce condiment. Néanmoins, dans l'adaptation du régime aux différents tempéraments, on doit savoir tenir compte des dispositions individuelles.

Minkowski a traité, suivant les préceptes de Lenharzt, 30 malades atteints d'ulcère gastrique, et il a obtenu des résultats très satisfaisants.

Une combinaison de mercure et d'arsenic pour le traitement de la syphilis par les injections.

Si le traitement de la syphilis par les injections interstitielles gagne de jour en jour du terrain sur la méthode des frictions cutanées, la question des sels de mercure solubles ou insolubles reste toujours ouverte à la discussion. En faveur des sels insolubles, on invoque le persistance de leur action et leur accumulation ; les sels solubles permettent au contraire de doser plus exactement les quantités du médicament en circulation dans l'organisme, et d'éviter des suprises désagréables. Mais, en pareille matière, il est impossible de poser des principes immuables et de schématiser, il faut individualiser et peser, dans chaque cas pris en particulier, les avantages et les inconvénients des deux variétés de sels hydrargyriques.

Rien d'étonnant, en présence de cette variabilité dans la médication anti-syphilitique, à ce que l'on voie chaque jour apparaître de nouveaux produits solubles ou insolubles.

Un des plus récents du premier groupe, c'est l'énésol, mercure salicyl-arsénié qui renferme l'arsenic sous la forme de dérivé méthylique : on a fait agir une molécule de méthyl-arsenic sur une molécule basique de salicylate de mercure. Un centimètre cube de solution aqueuse renferme 0 gr. 0115 de mercure métallique, et 0 gr. 0043 d'arsenic. L'énésol est une poudre blanche, soluble dans l'eau, qui se trouve dans le commerce sous la forme de solution aqueuse, renfermée dans des ampoules stérilisées.

Les observations que rapporte le Dr Kamprath (*Wiener. Medicin. Wochen.*, 1906, n° 23) se rapportent à 20 cas de syphilis secondaire (dont 16 n'avaient jamais été traités), soumis à la méthode des injections interstitielles d'énésol.

C'est en raison de la résorption rapide de ce composé que l'auteur choisit plus particulièrement, pour ses essais, les malades qui n'avaient jamais été traités. La présence de l'arsenic dans ce produit fut aussi une indication de son emploi chez les individus anémiques, scrofuleux, affaiblis par la cachexie syphilitique ou par toute autre affection chronique, puisqu'il importe de soigner l'état général du malade pour assurer la meilleure réussite du traitement, l'état général étant un facteur indirect de la guérison. Chaque jour, Kamprath injectait un centimètre cube d'énésol, c'est-à-dire 3 centigrammes de mercure salicyl-arsénié, la moitié d'une ampoule. Au total, 30 injections furent faites dans chaque cas, sous le contrôle d'examens hématologiques.

Au bout de 15 à 18 injections, les symptômes locaux avaient, en général, disparu. Ce traitement fut bien supporté ; on n'observa ni douleur, ni infiltrations locales.

C'est surtout chez les anémiques, les cachectiques, que l'on nota une différence importante avec les autres méthodes de traitement ; l'hématologie montra toujours une augmentation rapide du nombre des globules rouges, une diminution des globules blancs, un accroissement de l hémoglobine. Ce sont là des résultats favorables qu'il faut attribuer à l'arsenic, de même que l'amélioration de l'état général, l'augmentation du poids, ainsi qu'une plus grande tendance à la guérison des syphilis graves. Grâce à la présence de l'arsenic dans l'énésol, il n'y eut pas chez les malades d'intolérance mercurielle, ou mieux celle-ci ne fut pas observée. Pour la même raison, les patients soumis au traitement ne présentèrent pas cette dépression physique, cette perte de forces et de vigueur, que l'on note parfois en pareils cas.

Pas de manifestations toxiques, telles que diarrhées, selles sanguinolentes ; parfois quelques phénomènes de stomatite, n'ayant pas nécessité une interruption du traitement.

Chez deux malades, qui avaient présenté de l'érythème par l'onguent gris ou le salicylate de mercure, l'énésol fut bien supporté.

Il n'a pas encore été possible de fixer l'influence de ce médicament sur la réapparition des récidives dans les accidents spécifiques.

Peut-être l'énésol, en raison de sa constitution chimique, répondra-t-il à une indication spéciale dans la grossesse ?

Sur la sérothérapie de la scarlatine.

Bien qu'un grand nombre de praticiens s'abstiennent encore de traiter la scarlatine par la sérothérapie, les heureux résultats connus jusqu'à ce jour doivent engager à de nouveaux essais avec le sérum de Moser. Aussi W. H. Menschikoff (de Kasan) vient-il de relater les résultats de sa pratique sérothérapique dans trente cas de scarlatine (*Wien. klin. therap. Woch.*, nos 49 et 50).

Chez les malades gravement atteints, il n'hésitait pas à injecter 180 à 200 cent. cubes de sérum en une fois ou bien 300 cent. cubes en deux fois, à un ou deux jours d'intervalle. Les injections étaient poussées sous la peau des flancs ; elles étaient assez bien supportées, malgré la grande quantité de liquide ; cependant, quelques malades accusaient une douleur locale dans les mouvements, laquelle persistait rarement au-delà de 24 heures ; il était néanmoins possible de l'éviter dans une certaine mesure en poussant lentement l'injection. On n'observait aucune différence que le sérum fût ou non porté à la température de 37° C.

La sérothérapie exerçait tout d'abord une influence favorable sur l'évolution de la scarlatine : le plus souvent la courbe thermique s'abaissait brusquement de 2 ou 3 degrés au bout de 24 ou 36 heures. Lorsque la fièvre n'était pas influencée d'une manière aussi frappante, il s'agissait d'une infection mixte de streptocoques et de bacille de l'influenza ; dans ces cas on notait, à côté de la scarlatine, de la toux et de la conjonctivite. Au moment de cette défervescence, le pouls devenait plus plein, la respiration plus régulière et moins fréquente. Au bout de 12 ou 24 heures, l'état subjectif s'améliorait : plus de somnolence, plus de délire, sommeil calme ; l'appétit renaissait, la céphalée disparaissait. La diarrhée, si elle existait, disparaissait 24 heures après l'injection. Quand l'exanthème était cyanotique, il devenait, au bout du même laps de temps, plus clair, et finissait plus vite qu'à l'ordinaire.

Le sérum anti-scarlatineux agit sans aucun doute par ses propriétés anti-toxiques ; il exerce une influence, non seulement sur l'état général, mais encore sur les manifestations locales. Au bout de 2 ou 3 jours, les exsudats tonsillaires disparaissent ; le gonflement des amygdales et du voile palatin diminuent. Dans les cas de scarlatine diphtérique, les plaques de nécrose se limitent le jour même de l'infection, puis s'élimi-

PATRONAGE MÉDICAL

BUT DE LA SOCIÉTÉ

Le **Patronage Médical** est une société civile en commandite.

La Société ne fait aucun acte commercial ; elle acquiert des actions, des titres divers de sociétés d'eaux minérales, d'établissements médicaux, etc. Les adhérents ne sont engagés que jusqu'à concurrence de la somme souscrite par eux.

Ils sont donc co-propriétaires de valeurs indivises au même titre que les nombreux et riches confrères, qui sont porteurs d'actions ou titres divers de sociétés comme Vichy, Châtel-Guyon, etc. Et de même qu'eux, ils recommandent ces eaux et établissements à leurs clients et amis, parce que la Société ne s'y est intéressée qu'après avoir constaté la preuve de leur valeur thérapeutique.

Les parts du Patronage Médical sont cédées au prix de 50 francs et donnent droit à :

1° La perception d'un dividende annuel, pour chaque part, dividende fixé par l'Assemblée Générale ;

2° La jouissance d'une pension viagère proportionnelle aux ressources de la caisse, pension fixée également chaque année par l'Assemblée Générale lorsque le titulaire aura réuni ces TROIS CONDITIONS : cinquante ans d'âge, dix années de participation au « Patronage » et abonnement permanent au journal *Le Concours médical* qui est l'organe de la Société ; (la retraite sera égale pour tous quelque soit le nombre de parts souscrites).

3° Enfin, pour la veuve ou les enfants mineurs, si le titulaire vient à mourir : *dès maintenant et après une année de participation*, une allocation de 300 francs, prélevée sur un fonds spécial dû à la générosité des premiers bienfaiteurs ; *plus tard et après 10 ans de participation* — dès que la chose sera possible —, une pension annuelle dont le montant sera déterminé par l'Assemblée Générale.

Pour les deux premiers exercices, les parts ont reçu un dividende de 7 °/₀.

AVIS

Les certificats de propriété sont envoyés deux mois environ après le paiement de la souscription. Ces titres ne comportent pas de coupons, les dividendes afférents à chaque exercice sont envoyés par mandats-cartes payés au domicile de chaque sociétaire.

Les adhésions reçues après le 1er octobre ne participent pas au dividende de l'année.

Société civile « LE PATRONAGE MÉDICAL »

23, rue de Dunkerque, Paris (10e).

BULLETIN D'ADHÉSION

*Je soussigné (nom et prénoms)*____________________

*Médecin à*____________________ *Département de*__________

*né le*______________ *à*______________ *Département*__________

déclare adhérer au « **Patronage Médical** » *et prie M. le Dr* MAURAT, *gérant de la Société, de me transférer*____________________ *parts au prix de cinquante francs l'une.*

(*a*) 1° *Je joins à cette adhésion la somme de* ____________
2° *Je l'autorise à faire toucher la somme de*____________
} **représentant le montant de ma participation**

____________________ *le*____________________

(SIGNATURE)

(*a*) Prière de rayer le mode de paiement qui ne convient pas.

Envoyer ce bulletin au siège de la Société, 23, rue de Dunkerque, Paris.

nent rapidement, en même temps que disparaissent les tuméfactions ganglionnaires.

L'action du sérum est d'autant plus efficace que son emploi est plus précoce ; les complications de la scarlatine ne sont point évitées, mais elles évoluent d'une manière plus bénigne et plus rapide.

Les effets du sérum anti-tuberculeux de Marmorek.

On a fait au sérum de Marmorek le reproche d'être irritant en injections sous-cutanées, particulièrement chez les tuberculeux, à la 2e ou à la 3e période ; aussi Frey (de Davos) a-t-il voulu remédier à cet inconvénient en administrant le sérum par la voie rectale.

Dans ce but il emploie deux procédés : ou bien il donne avec un lavement nutritif, en s'en servant pour émulsionner, un jaune d'œuf, ou bien il administre un simple lavement de sérum : après un clystère de propreté, éventuellement suivi d'une évacuation alvine, il injecte tout d'abord 5 à 15 centimètres cubes de sérum au moyen d'une seringue en verre, munie d'une longue canule de caoutchouc : ce clystère, qui, dans les cas graves, se renouvelle deux fois par jour, est gardé en entier par le malade ; il ne s'est jamais montré irritant.

D'après Frey (*Wien-Klin thérap. Woch.* 1905, n° 42), dont l'expérience repose sur une pratique de deux ans et demi, le sérum anti-tuberculeux de Marmorek possède une influence spécifique très nette sur les lésions tuberculeuses ; cette influence paraît être surtout de nature antitoxique ; elle se traduit d'abord par ce fait que le patient ne se sent plus malade et devient apyrétique ; l'appétit augmente ; l'état général devient meilleur. La toux est moins pénible, l'expectoration plus facile, quoique tout d'abord plus abondante. Les effets du sérum sont d'autant plus rapides que l'infection est moins ancienne ; il est plus facile d'abaisser une température élevée, survenue subitement mais depuis peu de temps, que de vaincre une fièvre moyenne mais chronique. Les lésions anatomiques sont, à n'en pas douter, rapidement influencées, car les zones de matité s'éclaircissent, les râles diminuent considérablement.

Hoffa (de Berlin) préfère également la voie rectale à la voie sous-cutanée pour la sérothérapie anti-tuberculeuse ; il a beaucoup étudié cette méthode, mais, sans vouloir encore l'apprécier définitivement, il conseille de l'expérimenter encore, en raison des excellents résultats qu'elle a déjà permis d'obtenir.

Par contre, Stadelmann et Benfey condamnent la sérothérapie anti-tuberculeuse, qui, disent-ils, a été non seulement suivie d'effets négatifs, mais encore d'effets déplorables.

Cependant Lewin (de Stockolm) estimait au dernier Congrès de la Tuberculose, que le sérum de Marmorek exerçait une influence spécifique directe sur la guérison de la tuberculose pulmonaire. Les essais qu'il rapportait étaient nombreux et variés ; ils avaient été faits au Laboratoire comme à la clinique. Il avait pratiqué au total environ 4000 injections. Les résultats communiqués par lui engagent, comme ceux de Frey, à étudier et à poursuivre cette méthode thérapeutique dans le traitement de la tuberculose.

THÉRAPEUTIQUE

La contrefaçon des produits de marque.

Au cours des dix dernières années, une grande modification est survenue dans le commerce des produits pharmaceutiques, par suite de l'apparition, sur le marché international, des multiples et précieux médicaments synthétiques dont nous a dotés la chimie moderne. Beaucoup de ces nouveaux produits, malgré l'opposition qu'ils ont d'abord rencontrée et qui souvent encore leur est faite, en France notamment, s'imposent pourtant de plus en plus en raison de leur valeur thérapeutique.

Il ne saurait donc être permis au médecin de les ignorer ni même de s'en passer dans l'exercice de sa profession, s'il veut rester à la hauteur des exigences scientifiques et pratiques de notre époque.

En France, où les brevets pharmaceutiques n'existent pas comme en Angleterre, en Allemagne et aux Etats-Unis, les inventeurs et fabricants n'ont qu'un moyen de protection légale, celui de déposer des noms de fantaisie pour désigner des produits dont les longues et interminables désignations chimiques sont inutilisables en pratique. Mais, comme à l'étranger les procédés de fabrication sont publiés dans les demandes de brevets avec indication des formules chimiques, une industrie louche, ayant surtout son siège en Suisse et occupée exclusivement à fabriquer des imitations de ces nouveaux médicaments, a pris, dans ces temps derniers, un essor extraordinaire. Elle imite tous les produits de marque plus ou moins en vogue, dont elle inonde les marchés pharmaceutiques, en France surtout.

On entend par produits de substitution des substances vendues sous leur désignation chimique à des prix sensiblement inférieurs à ceux des médicaments qu'elles prétendent remplacer, mais dites identiques à ceux-ci au point de vue de la composition chimique. Scientifiquement parlant, on ne pourrait guère faire d'objections à cette théorie, si, en pratique, elle était également soutenable, ce qui n'est nullement le cas. En effet, ces produits d'imitation sortent, pour la plupart, de petites usines suisses qui les revendent en vrac à la droguerie. C'est en fraude que nombre d'entre eux entrent en France. Aussi différentes maisons sérieuses de Paris ont-elles cru devoir signaler cette contrebande à l'administration des douanes.

Dans un esprit tout commercial, on est tenté de donner la préférence au bon marché, et c'est ainsi que des produits d'une pureté plus ou moins douteuse parviennent au pharmacien, après avoir passé par plusieurs maisons de droguerie. Quelle garantie le pharmacien peut-il avoir de l'identité de ces imitations ? Evidemment aucune : il s'en rapporte à son fournisseur. Il faudrait, pour s'en rendre compte lui-même, que le pharmacien en fasse l'analyse, mais si cela est praticable dans tel ou tel autre cas particulier, il lui serait matériellement impossible d'analyser tous les innombrables produits synthétiques nouveaux qui ne cessent d'enrichir l'arsenal pharmaceutique et qui parfois, comme c'est le

cas de certains anesthésiques, sont fractionnés dans des emballages de quelques grammes, quantité insuffisante pour faire une analyse quantitative. La perte de temps et d'argent qu'entraîneraient de telles opérations ne se trouverait souvent pas compensée par le gain que pourrait réaliser le pharmacien sur la différence entre le prix du produit d'origine et celui de l'imitation. Mais, en admettant même que le pharmacien veuille bien se soumettre en pratique à ce travail d'analyse de toutes les contrefaçons qui lui sont offertes, il n'y réussirait pas pour la plupart du temps. C'est que les produits de contrefaçon sont souvent d'une impureté telle qu'il lui serait impossible de fixer toutes les réactions chimiques dont il pourrait s'agir.

A l'encontre des produits de marque qui, dans les grandes usines toujours soucieuses de leur réputation ne sont livrés au commerce qu'après contrôle et sous cachet, les produits d'imitation ne subissent généralement aucun contrôle à la sortie de la fabrication et sont, par cela même, susceptibles de porter préjudice au malade, ainsi qu'au pharmacien et au médecin dont ils peuvent compromettre le bon renom.

Qu'il me soit permis de citer quelques exemples à l'appui de ce qui vient d'être dit. Le protargol semble jouir particulièrement des faveurs des contrefacteurs. Le distingué chimiste allemand, M. le Dr Eichengrun (1), a présenté dernièrement, à une réunion scientifique tenue à Cologne, toute une collection d'imitations suisses de protargol dont l'analyse a donné une teneur en argent, variant entre 3 % et 5 %, donc n'atteignant même pas, en moyenne, la moitié de celle du produit original de la maison Bayer. Le Dr Muller (2) ayant analysé nombre d'échantillons de protargol-imitation, a trouvé une teneur en argent, de 3,4,3,3,3,83, 4.81 et 3,15 %. Toutes ces imitations, indépendamment de leur teneur insuffisante en argent, différaient du protargol par leur constitution chimique, à tel point qu'on voyait immédiatement qu'il s'agissait de combinaisons d'argent absolument différentes les unes des autres. Mais pour mieux induire l'acheteur en erreur, certains fabricants désignaient leur produit comme « identique » au protargol. Il est clair que ces produits, qui n'avaient jamais été contrôlés ni physiologiquement, ni chimiquement, peuvent entraîner les conséquences les plus fâcheuses. En effet, pour ne citer qu'un exemple, le protargol n'est-il pas utilisé couramment contre l'ophtalmie des nouveau-nés dans laquelle la substitution par un produit d'imitation plus ou moins caustique pourrait déterminer des effets nuisibles.

Tandis que le xéroforme d'origine de Heyden est une poudre très fine, jaune, à peu près inodore, qui, traitée par l'acide azotique et agitée ensuite avec de l'éther, donne deux couches superposées, absolument transparentes (une couche inférieure de solution aqueuse d'azotate de bismuth et une couche supérieure de solution éthérée de phénol tribromé), le produit de substitution suisse se présente sous la forme d'une poudre lourde, grossière, dégageant une odeur pénétrante de chlore. Traité ainsi qu'il l'a été dit plus haut, il laisse apparaître, au contact des deux couches liquides ci-dessus mentionnées, des précipités de substances insolubles. Donc, ce produit ne saurait être considéré comme pur ni de bonne qualité.

Prenons le collargol et ses contrefaçons. Le collargol d'origine a l'aspect de lamelles cristallines à reflet métallique, facilement solubles dans l'eau en proportion de 1.50. Les solutions ainsi obtenues sont transparentes et de couleur brune. Le produit d'imitation suisse, par contre, a la forme de petits fragments assez semblables à la boue desséchée, nullement solubles dans l'eau dans laquelle ils se désagrègent en une poudre d'un gris sale. Fondant dans la flamme du chalumeau, il perd plus de 30 % de son poids C'est qu'il ne contient que 64 % d'argent et cela non seulement sous la forme métallique, mais aussi en combinaisons chlorurées et organiques.

Un échantillon d'acétyltannin, portant la mention « identique au tannigène », analysé par le Dr Eichengrün, commence à fondre à 100° et fond définitivement à 140°, alors que le tannigène n'est pas encore modifié à 186°.

Une analyse de l'angurine a donné à Lavest (1) 40 % de théobromine au lieu des 60 % qu'elle aurait dû contenir ; elle a, en plus, révélé la présence de parties insolubles dans l'eau.

Parmi les prétendus aristols de provenance suisse, Waldmann (2) en a rencontré un qui ne renfermait que 30 % d'aristol, mais qui contenait, d'autre part, 30 % de substances solubles dans l'eau. Un autre produit d'imitation ne présentait que 15 % d'aristol, le reste n'étant autre chose que de l'argile rouge.

O. Choretzki a montré que l'acide acétyl-salicylique, prétendu identique à l'aspirine, contient quantité d'acide salicylique libre et des composés incombustibles.

Dans une soi-disant phénacétine de provenance suisse, Mannich a constaté la présence de perchloracétanilide.

Le Dr F.-P. Guiard cite dans les *Annales des maladies génito-urinaires* que « l'on importe actuellement de Suisse une hexaméthylènetétramine de qualité manifestement inférieure, dont l'administration comporte de tels inconvénients qu'il est permis de la considérer comme positivement dangereuse ».

Il en est de même des produits imités du pyramidon, du salophène, de l'héroïne, du véronal, etc. Longue et interminable serait la liste des exemples absolument pareils à ceux cités plus haut.

Une droguerie française ayant des accointances en Suisse va même plus loin. Elle distribue des tarifs disant en toutes lettres qu'à toute commande faite sous le nom déposé, à moins que le produit de marque ne soit expressément exigé, le pharmacien recevra le produit sous son nom chimique, autrement dire une imitation. De cette façon, les produits imités s'insinuent chez les pharmaciens sans qu'ils en aient même fait la demande.

Mais la fraude ne s'étend pas aux produits seulement : un fabricant suisse va même jus-

(1) *Zeitschrift für angewandte Chemie*, n° 16, XIX, 1906.
(2) *Pharm. post.*, n° 19, 1905.

(1) *Apoth. Zeit.*, XVIII, 1903.
(2) Id., 1904, XIX, 422.

qu'à s'attribuer la propriété scientifique d'autrui. En voici un exemple frappant. Le fabricant X..., en Suisse, a distribué, récemment encore, à tous les médecins de France, une brochure sur un soi-disant nouveau produit synthétique, le malonal, qualifié comme « le meilleur des hypnotiques et des calmants ». Or, le malonal n'est autre chose que la diéthylmalonylurée ou véronal ; l'auteur ne cite pas moins de 45 mémoires scientifiques sur ce produit, bien que dans aucun d'eux le mot « malonal » n'ait été employé. Les auteurs de ces travaux, qui tous portent sur le véronal, doivent même ignorer l'usage que le fabricant suisse du malonal a fait de leurs publications. Le même procédé est appliqué au pyramidon, à la citarine et à l'helmintol.

En outre, toutes les expériences cliniques et pharmacologiques sont faites avec les produits d'origine ; les résultats obtenus et publiés dans la littérature s'appliquent donc à ceux ci et non aux produits d'imitation.

J'ajouterai, en terminant, qu'il m'est donné, tous les jours, dans l'exercice de ma profession, de me rendre compte des quantités considérables de produits qui se vendent à Paris à l'effet de les substituer au pyramidon, à l'aspirine, au thiocol, au salophène, à l'arrhénal, à l'aristol, à l'urotropine et à tant d'autres. Certains médicaments de marque n'existent presque plus que de nom, leur vente étant devenue insignifiante par suite des substitutions.

De l'ensemble des faits signalés, comment ne pas conclure qu'il est de l'intérêt des pharmaciens de se défendre contre les abus signalés, en refusant d'accepter les produits de substitution que ne cesse de leur offrir un commerce aussi adroit que peu scrupuleux, pour s'en tenir exclusivement aux produits de marque revêtus du cachet du fabricant. Ces derniers, en subissant un contrôle consciencieux avant de sortir de l'usine, offrent, je le répète, toute garantie au point de vue de leur action pharmacodynamique, et donnent de la sorte toute sécurité au pharmacien, au médecin et au public.

F. Mohr.

(Extrait du *Bulletin des sciences pharmacologiques* de juillet 1906.)

ÉTUDES ET PROJETS

Le service médical des Sociétés de Secours mutuels (1).

Il est nécessaire d'y insister ; c'est par voie d'entente avec la mutualité que les représentants autorisés du corps médical ont pensé pouvoir réaliser à bref délai la suppression du service médical et pharmaceutique, unique solution du conflit. Dans une lettre publiée le 11 mars 1905 par le *Concours médical*, M. le Dr J. Jablouski, de Poitiers, déclarait se rallier entièrement à cette idée. Rappelant, après M. Darin, qu'elle est déjà appliquée en fait dans la mutualité scolaire, telle que l'a conçue son honorable fondateur, M. Cavé, et qu'aux États-Unis, d'après M. le Dr Cuylites, non seulement les mutualités, mais encore l'Etat exploitant de chemins de fer ou de services publics, respectent la liberté du malade et l'indépendance du médecin, il invitait ses confrères à se rallier unanimement aux conclusions de la thèse de M. Pierre Darin et à provoquer *une entente du corps médical avec les mutualistes*, afin d'arriver à la suppression du service médical et pharmaceutique, sur les bases de notre projet.

I.— Moins d'un mois après, le 3 avril 1905, le même désir d'une entente à ce sujet s'affirmait dans une proposition ferme faite au Conseil supérieur de la mutualité, par l'un de ses membres, M. le Dr Gairal. Mettant à profit l'examen, par ce Conseil, du projet de revision de la loi du 1er avril 1898 et parlant à la fois au nom de l'Union des syndicats médicaux de France dont il est président et au nom de l'Association générale des médecins de France, elle-même société de secours mutuels approuvée, M. Gairal, dans un exposé des motifs à la fois bref, clair et net (1), déclarait hautement que le seul but de cette proposition était de « chercher à mettre fin aux difficultés ou aux conflits toujours regrettables qui se produisent trop fréquemment entre médecins et mutualistes, dont les intérêts soi-disant contraires n'ont cependant rien d'opposé, et peuvent parfaitement se concilier pour le plus grand bien de tous. »

Invoquant la liberté comme un principe fondamental de la mutualité, toujours soutenu, parfois éloquemment défendu devant le Conseil supérieur, il faisait très justement remarquer que l'application doit en être étendue, sans restriction aucune, à tout ce qui concerne l'institution elle-même. « Il semble, ajoutait-il, que l'exercice complet, le plus absolu de cette liberté doit s'effectuer surtout au regard du malade, auquel doit être accordée l'entière faculté de pouvoir, en toute circonstance, appeler à son chevet le médecin qui lui inspire le plus de confiance et qui sera pour lui, en plus de l'homme de l'art, et en raison de la sympathie qu'il pourra lui inspirer, le consolateur dont l'attitude et le langage atténuent quelque peu les souffrances, et contribuent souvent, pour une bonne part, à la guérison définitive. Cette liberté, le législateur n'a pas hésité à l'inscrire dans la loi sur les accidents du travail. Tout autant que l'ouvrier blessé au cours de son labeur quotidien, le mutualiste y a droit, et c'est *ce droit que le corps médical vient vous demander ici de vouloir bien consacrer* ». — M. Gairal reconnaissait d'ailleurs qu'un certain nombre de sociétés mutuelles laissent à leurs participants le libre choix du médecin et y adaptent leur service médico-pharmaceutique. Mais il constatait que la majeure partie se refuse encore à l'admettre, arguant d'une part de l'augmentation des dépenses qu'il comporte, en regard de la modicité de leurs ressources, et d'autre part, des abus qu'il peut entraîner par suite de la multiplicité des visites médicales.

Laisser au mutualiste malade *la liberté tout entière* en n'engageant les finances de la société que *dans des proportions bien déterminées à l'avance*, ne serait ce pas l'idéal ? Et le système qui le réaliserait ne cimenterait-il pas une entente cordiale et sincère entre les deux parties ? M. Gairal le faisait consister aux lieu et place du service médico-pharmaceutique gratuit, en une indemnité fixe et journalière de maladie, fonction du taux de la cotisation des participants, distincte de l'indemnité journalière de chômage et *spécialement destinée à couvrir les frais médico-pharmaceutiques*. « Et alors, continuait-il, disparaîtra la crainte des abus que l'on signale toujours : visites médicales trop fréquentes, prescriptions de médicaments trop coûteux, le malade ayant un intérêt direct à ce que ces dépenses ne soient pas trop élevées, avec la certitude cependant d'être toujours convenablement traité, puisqu'il aura réclamé lui-même les soins du praticien en qui il aura mis sa confiance. Et disparaît aussi, en même

(1) Voir n° 34 du 25 août 1906.

(1) *Bulletin des sociétés de secours mutuels*, novembre 1905, p. 632-635.

temps, cette cause de réclamations incessantes et très justifiées de la part des médecins ; la présence dans les sociétés, à titre de participants, de personnes riches ou aisées qui devraient plutôt prendre place dans les rangs des membres honoraires, et dont la délicatesse ne souffre pas de réclamer, malgré leur situation, à des médecins dont la position de fortune est bien inférieure à la leur, les concessions que ces derniers accordent toujours très volontiers aux participants vraiment intéressants.

Touchant, comme leurs co-sociétaires participants, puisque la société leur conserve ce titre, leur indemnité journalière de maladie, ils choisiront leur médecin qui appréciera, sans que la société soit autrement engagée, les conditions dans lesquelles il pourra leur donner ses soins. »

A la suite de ces considérations, qui reproduisent exactement celles que nous avons présentées, M. le Dr Gairal concluait en proposant au Conseil supérieur d'ajouter à l'article 6 (ancien article 9) du projet de révision de la loi au 1er avril 1898, le paragraphe suivant :

« 11e S'il est créé des secours en cas de maladie, chaque membre participant aura le droit absolu de choisir librement son médecin et son pharmacien. Il sera alloué à tout participant malade une indemnité journalière spécialement affectée au paiement des frais médicaux et pharmaceutiques. Cette indemnité qui sera réglée en fin de maladie ou en fin d'exercice, sera indépendante de l'indemnité journalière d'incapacité de travail. Quand le total des frais médicaux et pharmaceutiques dépassera le montant de l'indemnité, l'excédent des dépenses restera à la charge du sociétaire. Si, au contraire, il subsiste un reliquat après paiement des frais par le trésorier, à ceux qui ont donné des soins ou fourni les médicaments, ce reliquat deviendra la propriété du participant. »

Après une discussion (1) à laquelle prirent part MM. Vermont, Mabilleau, Gyoux, Gairal, Joly et Bleton, cette proposition fut rejetée à l'unanimité des 25 membres présents, moins deux voix ; celle de M. le professeur Lannelongue, délégué de l'Académie de médecine, et celle de M. le Dr Gairal.

II. — Quelles furent les objections diverses de doctrine, de droit ou de fait, invoquées pour motiver ce rejet, et que valent-elles ? Il n'en est pas une, on va le voir, qui résiste à l'examen.

1° — La question soulevée relève *de l'administration intérieure des sociétés*, elle échappe donc au législateur. La réforme demandée porterait atteinte *à la liberté des sociétés*, liberté que le Conseil supérieur doit étendre et non restreindre (MM. Vermont, Mabilleau, Joly, Gyoux). L'argument est spécieux. La liberté *des sociétés* ne saurait être trop accrue, en effet, à la condition qu'elle s'identifie avec celle *de tous les sociétaires* : violer la liberté et le droit de certains de ses membres est une *licence* à laquelle nulle société ne peut légitimement prétendre. La société existe pour le sociétaire et non le sociétaire pour la société.

Garantir à chaque citoyen le plein exercice de sa liberté : telle est à la fois la raison d'être impérieuse et la limite nécessaire de l'intervention légale dans l'association particulière aussi bien que dans la société civile et politique. Entendue autrement que comme la somme harmonique des libertés individuelles de ses membres, la liberté *d'une société* ne peut être que le droit, pour la majorité, d'opprimer la minorité. — Mais réplique-t-on, entre qui veut dans nos sociétés mutuelles, et en sort qui veut. — Sans doute, le droit d'abstention a son prix : mais en écartant des sociétés par d'injustes contraintes ceux qui n'ont pas confiance dans leurs médecins attitrés, vous les privez, en fait, des bienfaits de l'association mutuelle, s'ils sont trop peu nombreux, et vous nuisez à vos propres sociétaires, dont la sécurité croit avec le nombre. Vous portez ainsi atteinte à la liberté, aux intérêts des uns et des autres.

Encore une fois, les intérêts légitimes sont harmoniques.

2° L'indemnité en argent fait brèche au principe de solidarité sur lequel repose la mutualité (M. Bleton). — Elle est incontestablement une expression de la solidarité, puisqu'elle repose sur la mise en commun des risques de maladie et des cotisations. Elle est une solidarité mieux entendue que celle qui se traduit par le secours médical *en nature*, car elle est plus conforme à l'égalité de traitement. L'esprit de solidarité s'égare lorsqu'il aboutit à une diminution de justice et de sécurité.

3° Une indemnité *uniforme* ne peut *couvrir* toutes les maladies ; certaines sont très longues et exigent un traitement particulièrement onéreux (M. Vermont). — L'erreur est précisément de vouloir couvrir *intégralement et exactement* les frais médicaux et pharmaceutiques, très variables en effet. L'objectif vrai de la mutualité-maladie, c'est d'arriver, par l'union des sociétés et la réassurance, à faire durer l'indemnité journalière autant que la maladie, mais non de donner des secours d'une quotité variable pour une même période. Le secours doit être proportionnel à la durée de la maladie ou à l'incapacité de travail, et non à la dépense, à la perte qu'elles entraînent pour le sociétaire (1). Le taux de la rente viagère varie-t-il suivant les besoins particuliers et très variables, eux aussi, du vieillard ? L'allocation fixe pour un même temps, à égalité de cotisations ou d'apports et de risques de morbidité ou de chances de survie, est une nécessité de l'assurance, de l'organisation solide, efficace de la prévoyance collective. Cela sans doute ne suffit pas à tout ; mais le reste, si important qu'il soit au point de vue social, appartient au domaine de l'effort individuel ou à celui de l'assistance proprement dite (membres honoraires, etc.)

4° L'indemnité pécuniaire inciterait certains mutualistes à économiser au détriment de leur santé, de leur vie peut-être et partant de l'existence même de leur famille : ils négligeraient de consulter le médecin pour réaliser un bénéfice (M. Mabilleau). — En vérité ? Mais si l'*auri sacra fames* leur fait si facilement oublier le prix pour eux-mêmes de la santé et de la vie, rassurons-nous pourtant : ils ne toucheront l'indemnité qu'*après* avoir été soignés ... et guéris. Le certificat médical au vu duquel sera

(1) Voir *Bulletin des Sociétés de secours mutuels*, mars 1906, p. 159-162.

(1) Pour faire tomber cette objection de M. Vermont, M. le Dr Diverneresse a proposé, dans une étude d'ailleurs très approfondie, de rendre l'indemnité *proportionnelle à la gravité de la maladie*. Comparant celle-ci à un incendie, il émet l'idée que le sociétaire doit être indemnisé proportionnellement à *l'argent dont il a besoin pour se soigner*, comme le sinistré l'est en raison des dégâts causés par l'incendie. Il classe les maladies en trois catégories suivant qu'elles exigent une visite médicale par jour, une visite tous les deux jours, enfin deux visites par semaine, et il propose de fixer à un taux décroissant de 5 fr., 3 fr. et 1 fr. 50 par jour l'indemnité journalière pour chacune d'elles (*Concours médical*, 11 novembre 1905). Sans rejeter cette idée *a priori*, nous croyons qu'elle n'est susceptible d'application que dans des sociétés à vastes effectifs, si la statistique accuse des résultats d'une fixité suffisante pour chacune de ces catégories L'uniformité de l'indemnité journalière pour tous les membres d'une même société est un système plus simple et partout applicable. Le nombre de jours de la maladie est un criterium facilement contrôlable et suffisamment exact du dommage causé par la maladie. Il se prête à une application du principe de proportionnalité moins discutable que l'argent dont le sociétaire a besoin pour se soigner. Il n'en est pas de même dans l'incendie où l'importance des dégâts, évaluée en argent, est la seule base possible, ce qui rend ce risque plus variable, partant plus rebelle à la mutualité pure.

allouée cette indemnité ne peut être délivré par le médecin traitant qu'à la fin de la maladie ou tout au moins de la période durant laquelle il a donné ses soins au sociétaire. L'objection est donc tout simplement contraire à l'hypothèse (1).

5° Les sociétaires s'adresseront au médecin qui les dira le plus longtemps malades, de façon à leur faire attribuer le plus possible d'indemnités journalières (M. Vermont). Peut-être cet abus continuera-t-il en effet de se produire, car il existe déjà avec l'autre système : dans les sociétés qui accordent une indemnité quotidienne, outre les soins médicaux, certains mutualistes ne craignent pas, dans les périodes de chômage, de simuler la prolongation de la maladie. Mais, d'une part, dès que la maladie sera un peu sérieuse, le malade appellera à son chevet le praticien qu'il jugera le plus capable, non de la faire durer, mais de la vaincre rapidement. Et d'autre part, le médecin, qui ne sera plus lésé, ne trouvera dans sa probité, dans le souci de sa dignité, que des raisons de déjouer des supercheries qui sont un défi à sa clairvoyance ou une offense pour son caractère. Enfin, si de rares médecins s'abaissaient à de telles compromissions, les sociétés pourraient exiger un certificat délivré par un second docteur, ou soumettre le malade à l'examen d'un docteur désigné par elles, dès que la maladie dépasserait sa durée normale.

6° Le progrès des méthodes médicales n'est possible que par l'étude *en commun* (?) et la superposition de la méthode préventive à la méthode curative deviendrait irréalisable (M. Mabilleau). — Mais qu'y aura-t-il de changé aux conditions où se font les études médicales ? Sur le second point, d'ailleurs, M. Gairal a répondu, très justement ce semble, que « sa proposition n'entraverait nullement le développement des œuvres de préservation auxquelles on pourvoit actuellement avec des cotisations spéciales et non avec les frais du service médical et pharmaceutique. »

Telles sont, autant que nous a permis d'en juger le degré de fidélité du compte rendu officiel, les objections produites dans la discussion. Aucune n'a, croyons-nous, de portée réelle, contre le système de l'indemnité pécuniaire quotidienne.

III. Sur un point, le système proposé par M. Gairal différait du nôtre. La cotisation du participant est *unique*, et il n'existe aucun critérium rationnel pour le calcul de deux indemnités journalières distinctes : l'une, de chômage, l'autre, de maladie. C'est pourquoi nous avions proposé une seule indemnité *globale* d'un maximum théorique égal au quotient de la cotisation par le nombre moyen annuel de journées de maladie, par participant. Nous laissions par suite au mutualiste le soin de payer librement et directement le médecin et le pharmacien, sans faire intervenir dans ce règlement de compte le trésorier de la société ; moins libérale, la proposition de M. le Dr Gairal restreignait un peu la liberté du mutualiste, et aussi celle du médecin, dans le but de garantir à celui-ci le paiement de ses honoraires. Mais, outre que cette garantie ne jouait que jusqu'à concurrence du montant total de l'indemnité, elle risquait de se retourner de deux manières contre le médecin, certains mutualistes débiteurs le tenant pour suffisamment rémunéré par la société, et d'autre part l'obligation, pour lui, de confier au trésorier le chiffre de ses créances sur les sociétaires, pouvaient le gêner dans l'application d'un tarif plus élevé aux participants aisés.

(1) *La Mutualité nationale* reproduit cette objection fantôme, en y ajoutant cette variante : les sociétaires dépenseraient au cabaret l'argent reçu. Il n'est pas impossible que l'indemnité, comme le salaire, reçoive parfois cette destination. Mais les mutuelles ne sont pas tenues de garder dans leur sein des alcooliques ou des ivrognes, non plus que des gens qui négligent de payer leurs créanciers, notamment leurs médecins. Elles ont, au contraire, le devoir de les exclure.

En réalité, la mutualité, en accroissant les ressources de ses affiliés, sert, du même coup, l'intérêt personnel légitime du médecin. Il semble que le corps médical ait compris qu'il devait se contenter de cet avantage et de la garantie morale donnée par la société, soucieuse de l'honorabilité de ses membres. Du moins, le Conseil général de l'Association des médecins de France est revenu récemment à notre conception. Rappelant que le *libre choix du médecin par le malade* est une règle absolue et intangible, il engageait vivement les sociétés unies à « examiner s'il ne serait pas nécessaire d'imposer aux sociétés de secours mutuels l'obligation d'accorder à leurs membres une indemnité fixe par journée de maladie, en *laissant aux malades le droit de disposer à leur gré de cette indemnité*, et aux médecins le droit de fixer leurs honoraires conformément aux usages locaux et à la fortune des malades » (1).

Mais cette réforme, nous l'avions proposée aux sociétés, comptant sur leur sens administratif et financier autant que sur leur souci de la liberté de leurs membres. Nous ne l'avions pas envisagée sous l'aspect de l'obligation *légale*, encore que cette thèse, on vient de le voir, peut s'appuyer sur des arguments de droit solides et décisifs. La mutualité montrera elle-même si elle est capable d'entendre le langage de la raison et du droit, ou s'il faut recourir, avec elle, à la contrainte. Lorsque *la Mutualité nationale* conseille aux sociétés de demander l'abrogation de l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892, qui accorde aux médecins le bénéfice de la loi du 21 mars 1884, elle ne se prend pas elle-même au sérieux. M. le Dr E. Toussaint, fondateur du Groupe indépendant des mutualistes français, fera-t-il abandonner à ses confrères syndiqués la position inexpugnable où il se sont retranchés ? Il lui faudra d'abord « trouver » un autre et meilleur « *terrain d'entente* entre médecins et mutualistes » (2).

Le Conseil de la Fédération nationale a compris

(1) Bulletin n° 20 (15 janvier 1905).

(2) Dans un article de la *Revue des services d'inspection de l'enfance*, article reproduit par le *Concours médical* du 23 juillet 1901, M. le Dr Toussaint s'est élevé contre le système de l'indemnité pécuniaire quotidienne. « Je me demande, écrit-il, comment ce système, exposé pour la première fois, en 1902, *par un auteur très discuté dans les milieux mutualistes* (c'est lui qui souligne), mais par contre et pour cela même sans doute, considéré comme un prophète inspiré, par les médecins syndiqués et cité et applaudi par eux avec enthousiasme, par M. F. Lépine, dans son livre : *La Mutualité, ses principes, ses bases véritables*, je me demande, dis-je, comment ce système a pu séduire des praticiens !... ». M. Toussaint est plus galant encore envers ses confrères syndiqués qu'envers moi. Ce qui est plus fâcheux et plus grave que ces aménités, c'est que, dans la suite de l'article, M. le Dr Toussaint dénature par d'étranges non-sens le système qu'il prétend critiquer. Il formule avec assurance des contre-vérités comme celle-ci : « Tout d'abord, qu'est-ce qui prouvera aux Sociétés que leurs membres malades se sont fait traiter !... Il ne pourra plus y avoir aucun contrôle puisque les médecins, ne reconnaissant plus aucune collectivité, ne signeront plus de feuilles de maladie... Rien n'empêchera le malade de faire durer sa maladie. Telle entorse qui, traitée scientifiquement par le massage, serait guérie en 5 ou 6 jours, pourra être entretenue pendant 5 ou 6 semaines, avec des compresses ou des onguents. *Pendant ce temps notre homme qui n'aura à payer ni visite de médecin, ni médicaments, empochera toute l'indemnité, qu'il pourra ensuite dépenser à sa guise*, pour lui ou pour les siens. » Notre conception n'a rien de commun avec celle dont M. Toussaint décrit l'application fantaisiste et où le mutualiste malade est tantôt « un finaud qui fait sa pelote », tantôt « un être simpliste, ignorant et crédule, qui se fait voler par des empiriques, des rebouteurs ou des somnambules ! »

en tous cas l'urgence évidente d'une solution prochaine et il vient de constituer, paraît-il, de concert avec M. le Dr Gairal, une commission mixte de mutualistes et de médecins qui se réunira prochainement. M. le Dr Lereboullet y rappellera sans doute la déclaration faite l'an dernier à l'Association générale des médecins de France, par M. le Directeur de la Mutualité : « Une troisième combinaison consisterait à donner au sociétaire malade une indemnité pécuniaire et le choix de son médecin, si bon lui semblait. Comme l'a dit M. le président Brouardel, ce dernier mode permettrait au mutualiste malade de se faire soigner par le docteur qui aurait sa confiance. En pareil cas, c'est beaucoup, et le dicton de la foi qui sauve est ici appréciable. *Pour ma part, je n'y vois aucun inconvénient.* Le remède aux abus éventuels se trouverait dans la création de comités médicaux de contrôle... »

Le plus sage, croyons-nous, serait, pour la mutualité, de renoncer spontanément à des errements injustifiables, car ils lèsent tous les intérêts en présence. Séparer nettement l'assistance de l'assurance, les superposer sans les confondre, établir la cotisation spéciale de retraite, et fixer le taux de l'indemnité journalière, d'après le montant de la cotisation maladie et la morbidité moyenne annuelle accusée par l'expérience, voilà ce qu'elle se ferait honneur à elle-même de réaliser, sans attendre que le législateur et le corps médical le lui imposent.

F. Lépine.

(*L'Educateur mutualiste* du 25 juin.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Une nouvelle mutuelle médicale.

Assurance des médecins et vétérinaires contre les accidents causés par leurs véhicules.

Plusieurs confrères de Lyon et du Rhône qui comptent parmi les plus dévoués du *Concours médical*, viennent de prendre l'initiative et la responsabilité de l'intéressante création qu'ils présentent aux médecins dans la circulaire suivante.

Monsieur et honoré confrère,

Nous sommes tenus, de par notre profession, d'user presque tous d'un moyen de locomotion : automobile, cycles ou chevaux et voitures ; de ce fait il résulte pour nous l'obligation de nous assurer contre les accidents que nous pouvons occasionner.

Les Compagnies auxquelles nous nous adressons pour couvrir ces risques, qu'elles soient des Compagnies par actions ou qu'elles se présentent sous forme mutuelle, ont les inconvénients suivants :

I. Elles nous confondent avec la généralité de leurs assurés.

Nous provoquons fatalement moins d'accidents qu'un assuré quelconque, parcourant à des allures plus modérées des routes que nous connaissons bien, et notre caractère professionnel nous donnant une plus grande conscience du danger et par suite plus de prudence ; de plus, nous n'avons généralement que des voitures légères et que nous conduisons le plus souvent nous-mêmes ; en outre, nous sommes à même de donner aux victimes d'accidents des soins immédiats qui, le plus souvent, peuvent diminuer sensiblement les conséquences des blessures.

II. Elles nous font subir des primes ou cotisations considérablement surchargées par rapport à la valeur réelle des risques.

En effet, elles doivent faire face à la rémunération des capitaux actions, et en tout cas (même dans les mutuelles) payer les frais d'administration centrale (10 pour 100 environ des cotisations annuelles) et surtout le concours des Inspecteurs ou Agents de tous ordres, recruteurs d'adhérents, concours qui nécessite une commission à ces derniers s'élevant à 25 pour 100 et parfois à 30 pour 100 des primes annuelles.

Nous sommes assez nombreux en France (18.000 docteurs-médecins et 4.000 médecins-vétérinaires) pour constituer un groupement important ; et, une mutualité existant entre nous, n'admettant que des confrères (et des vétérinaires), qui n'aurait comme frais d'administration que ceux strictement nécessaires à son fonctionnement, et qui supprimerait tous appointements de Directeur et toutes commissions aux Agents recruteurs, serait, sans aucun doute, une Institution fort avantageuse pour nous, car nous arriverions fatalement à réaliser de sérieuses économies sur les primes à verser pour couvrir nos risques : 35 ou 40 pour 100, d'après ce que nous venons de dire.

Constituer cette mutualité était chose relativement facile ; mais trouver une administration à prix coûtant, une direction sans traitement et surtout avoir des agents recruteurs d'affaires qui ne soient point rémunérés par nous, semblait bien difficile sinon impossible.

Cependant nous avons atteint le but :

Nous avons, par Assemblée générale en date du 12 juillet dernier, procédé à la constitution définitive de la Société **l'Ancre, mutuelle spéciale au corps médical**, et nous avons obtenu :

1° Qu'elle fonctionnera avec des frais d'administration à prix coûtant (remboursement strict des sommes nécessairement dépensées et avancées tous les ans par le Directeur) ;

2° Que notre Directeur ne recevra pas de traitement ;

3° Que, par les soins de ce Directeur, nous aurons des agents recruteurs d'adhésions qui ne toucheront de notre Mutuelle aucune rémunération.

Qu'en un mot, les cotisations recueillies annuellement rentreront dans la caisse de notre Mutuelle dans leur presque intégralité. Elles ne seront diminuées, en effet, que des frais matériels nécessités par la marche de la Société et du 5 % qui est alloué au fondateur (en l'espèce le Directeur) qui a mis l'affaire sur pied. Ce mode de rémunération, s'il nous engage pour un grand nombre d'années, présente du moins l'avantage de faciliter nos débuts.

Il est précisé aux statuts que, sur les bénéfices nets de chaque exercice, il sera prélevé 5 % à partager entre la Direction, à titre d'encouragement, et le Conseil d'administration, à titre d'indemnité, pour ses peines et soins, les dérangements et déplacements qui seront occasionnés à ses membres.

Quant aux frais de premier établissement, le fondateur en a fait l'avance et il en sera remboursé sans intérêts au moyen d'un prélèvement de 25 % sur les bénéfices des premières années.

Voici comment nous sommes arrivés à ces résultats ?

Le fondateur de notre Société, directeur divisionnaire depuis quinze années d'une importante Mutuelle française, est, en même temps, le fondateur de deux autres Sociétés mutuelles : l'une, *l'Ancre, assurance contre les accidents individuels*, et l'autre, *l'Ancre, assurance de la responsabilité des maîtres et patrons à raison des accidents pouvant atteindre leur personnel domestique ou leurs employés*.

Ce fondateur a établi les bases et les statuts de notre Société, qui est absolument **autonome et indépendante** des deux autres, et a accepté de la diriger sans traitement, à la condition que nous acceptions la même dénomination, **l'Ancre**, et que nous fassions partie d'une association qui groupe les trois Sociétés, **l'Ancre médicale**, **l'Ancre individuelle** et **l'Ancre personnel domestique**.

L'objet de cette association est nettement défini dans l'article 2 des statuts, qui dit :

Cette association a pour but :

« D'établir un lien de droit entre les diverses Sociétés d'assurances mutuelles qui se grouperont « avec la dénomination commune **l'Ancre**... Et « grâce à cette réunion des diverses Sociétés, de leur « procurer à toutes une direction unique, stable et, « parce que cette direction aura la gestion de toutes « ces Sociétés, capable de les administrer avec fruit « et d'assurer leur développement. Mais le but de « l'association est strictement limité à cette intervention ; elle ne pourra donc prendre aucune part, « soit dans la gestion même de toutes les Sociétés, « soit dans l'administration spéciale de chacune « d'elles. Enfin, son objet ne lui permet pas de réaliser de bénéfices. »

Notre Société, en adhérant à l'Association **l'Ancre**, bénéficie de tous les avantages ci-dessus énumérés et notamment, par la mise en commun de la plupart des frais généraux (location, personnel de bureau, etc.), d'une sérieuse économie de gestion.

Le Directeur de notre Société et ses agents chargés du recrutement des adhérents n'auront aucun bénéfice sur les adhésions à notre Mutuelle spéciale, mais ils comptent que nous souscrirons, suivant nos besoins, des assurances à *l'Ancre individuelle* et à *l'Ancre personnel domestique* de préférence à toute autre Compagnie ou Société, et, sur ces affaires-là, ils auront les bénéfices normaux de toutes les autres Sociétés.

Toutes garanties de bonne gestion nous sont données, puisque c'est sous l'autorité et le contrôle permanent du Conseil d'administration dont nous sommes les membres, que le Directeur de notre choix dirigera la Société.

Tout cela fait, il restait une question importante à traiter : *Comment pourrons-nous, dès les débuts, faire face au paiement d'un sinistre ?*

La solution est trouvée, la question tranchée :

Sur l'initiative et les propositions du Directeur, nous avons adopté un traité de réassurance avec une Compagnie des plus sérieuses et en même temps des plus libérales en l'espèce et nous avons décidé que tous les risques couverts par notre Société l'Ancre seront immédiatement réassurés ; en conséquence, nous supprimons de nos charges tous les sinistres ordinaires et ce ne serait que très extraordinairement que notre Société pourrait être appelée à supporter un paiement d'indemnité de ses deniers propres. Ces réassurances sont résiliables à volonté par nous, de sorte que, au fur et à mesure que notre Mutuelle prendra des forces et possèdera un fonds de réserve plus important, nous augmenterons progressivement la part de risques à conserver par elle.

Tarifs. — Les tarifs que nous avons adoptés sont ceux d'une des Compagnies les plus avantageuses : il faut, en outre, bien remarquer que ces tarifs expriment une cotisation maximum. En effet, comment s'exercera la mutualité ? — Tous les ans, à l'apurement des comptes de l'exercice clos, les bonis seront, après service du fonds de réserve, distribués aux assurés proportionnellement aux sommes qu'ils auront payées depuis leur entrée dans la Société (v. art. II des statuts).

D'après les explications qui précèdent, il est facile de se rendre compte que nous pouvons voir d'ici peu de temps nos cotisations annuelles diminuer très sensiblement.

Voilà, Monsieur et honoré Confrère, l'exposé aussi net que possible et absolument sincère de notre création.

Nous faisons appel à tous, comptant que tous y trouveront leur intérêt : nous vous prions donc de nous envoyer votre adhésion à l'Ancre, Mutuelle spéciale au Corps médical, pour un ou plusieurs des risques suivants :

1° *Accidents aux tiers* (automobile, ou motocycle, ou bicyclette, ou chevaux et voitures) ;

2° *Accidents pouvant atteindre les personnes transportées* par vous dans votre voiture ;

3° *Accidents pouvant être occasionnés aux tiers par vos voitures ou véhicules quelconques*, même indépendamment de tout contact ;

4° *Dégâts matériels* pouvant être occasionnés à votre véhicule par choc avec des véhicules d'autrui.

5° *Conséquences de l'incendie* se produisant dans ou par votre voiture automobile.

En admettant que vous soyez déjà assuré à une Compagnie quelconque pour l'un de ses risques, nous vous demandons de venir à nous pour l'assurance d'un autre risque connexe, ou pour une somme complémentaire du risque déjà assuré. En faisant cela, vous permettrez à l'Ancre de faire la reprise de votre assurance déjà existante, à compter du jour où cette assurance expirera, et si vous ne pouvez nous donner l'avantage matériel du versement actuel que vous êtes tenu de faire momentanément à une autre Compagnie, vous nous donnerez du moins une force morale et la certitude d'être plus effectivement des nôtres dans un avenir plus ou moins proche.

Nous vous demandons aussi de réserver votre meilleur accueil à *l'Ancre assurance individuelle* et à *l'Ancre assurance du personnel domestique*, fondées et dirigées par notre Directeur.

L'Ancre, Mutuelle spéciale au corps médical, n'a pas d'organe officiel de publicité. Elle sera reconnaissante à tous journaux traitant de questions professionnelles de vouloir concourir à sa diffusion, et nous vous demandons, Monsieur et honoré Confrère, d'user à cet effet de votre influence et de vos relations dans votre région.

Pour tous renseignements pouvant vous être utiles et pour demander communication des statuts et de tous documents, veuillez vous adresser au Directeur que nous avons choisi :

M. Jean Ingelbrecht, licencié en droit, 1, quai de la Pêcherie, Lyon, au Siège social.

Le Conseil d'administration :

Docteur J.-P. Lépine, à Belleville (Rhône), *Président*,
Docteur Allemand, à Cours (Rhône.)
Docteur Bertoye, à Villeurbanne (Rhône),
Docteur Bonnet, à Neuville-sur-Saône (Rhône),
Docteur Fayard, au Péage-de-Roussillon (Isère),
Docteur Feuillade, à Lyon,
Docteur Bec, à Fleurie (Rhône), *Commissaire Censeur*,

Lyon, le 16 août 1906.

Nous ne manquerons pas de recevoir des demandes d'avis sur le degré de confiance que *devra inspirer* cette création.

Disons de suite qu'elle est d'ordre spécial, que le Conseil de Direction n'a jamais poussé à fond l'étude de ce genre d'application de la solidarité médicale ; qu'il est favorable au principe ; qu'enfin et surtout si les œuvres valent ce que valent les hommes qui les dirigent, celle-ci nous paraît offrir les garanties de sécurité que présente une bonne assurance mutuelle.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

L'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens et les tribunaux.

EXTRAIT D'UN JUGEMENT DU TRIBUNAL CIVIL DU PUY

LE TRIBUNAL

Attendu que, suivant exploit de Maillard, huissier à Paris, en date du 29 juin 1905, C..., pharmacien, a fait assigner la Compagnie d'assurances *La Providence*, aux fins de s'entendre condamner, par application de la police d'assurances intervenue entre eux le 20 juin 1899, à payer audit C... : 1° la somme de 10,000 francs, à raison des faits qui ont donné lieu aux actions formées ; 2° les intérêts, à partir du 21 février 1902 ou à telle date qui sera fixée par le Tribunal ; 3° en tous les dépens ;

Attendu que la Compagnie *La Providence* allègue que, dans l'espèce, il ne s'agit pas d'une substitution d'un médicament à un autre qui aurait été délivré en vertu d'une ordonnance d'un médecin ; mais qu'il s'agit d'une délivrance d'un médicament sans ordonnance, médicament qui n'aurait pas dû être remis sans cette ordonnance ; que ce fait constitue de la part du pharmacien, un acte d'exercice illégal de la médecine, qui a augmenté les risques prévus lors de l'assurance et que dès lors, ce fait doit rester complètement à la charge de C,.., par suite de la déchéance encourue par lui : la Compagnie n'ayant entendu garantir que contre les risques courus par l'assuré dans l'exercice régulier de sa profession et non contre ceux courus dans l'accomplissement d'actes illicites ;

Attendu, il est vrai, que, par jugement du Tribunal correctionnel du Puy, en date du 15 décembre 1902, confirmé en appel, C... a été condamné à 500 francs d'amende pour avoir contrevenu à l'article 31 de la loi de germinal au XI, en délivrant, sans ordonnance de médecin, un médicament composé, non prévu au codex ;

Mais attendu que, par le même jugement, C.. a été, en outre, condamné à un mois d'emprisonnement avec sursis, pour avoir, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, commis un homicide involontaire sur la personne de Louis G... ;

Or, attendu qu'il appert des documents de la cause, que, le 30 décembre 1901, G... père s'est présenté à la pharmacie C..., a fait connaître au titulaire qu'il souffrait de crampes à l'estomac, et C... lui a alors prescrit de la clocidia, lui en a délivré un flacon, ou du moins a voulu lui en livrer un flacon, mais il a commis une erreur et lui a remis un liquide caustique et corrosif ;

Attendu, sans doute, que la délivrance dont s'agit a été faite sans ordonnance du médecin ; qu'en prescrivant de la clocidia, C... a commis un acte d'exercice illégal de la médecine et aurait peut-être encouru la déchéance qui lui est aujourd'hui opposée par la Compagnie, si, en se substituant à un médecin, C... avait prescrit un médicament non approprié au mal, et s'il avait ainsi délivré un médicament nuisible et malfaisant, bien qu'il eût été bien préparé ;

Mais attendu qu'il a été établi que la clocidia, telle que C... voulait la remettre à G..., est une préparation inoffensive ; que, si G... l'avait absorbée dans les conditions indiquées par le pharmacien, il n'eût certainement éprouvé aucun malaise, et l'accident, survenu dans la nuit du 30 au 31 décembre 1901 eût été évité ; qu'il a été également établi que cet accident est dû à une erreur commise par C..., qui, au lieu de délivrer un flacon contenant de la clocidia, a remis à G.. père un flacon renfermant le liquide caustique et corrosif dont il est plus haut question ; que, dès lors, l'erreur commise par C..., pharmacien, est une erreur pharmaceutique, en prévision de laquelle le contrat d'assurance du 20 juin 1899 a été consenti et accepté, et dont les conséquences doivent être, jusqu'à due concurrence, garanties par la Compagnie *La Providence* :

Attendu, en effet, qu'aux termes de l'assurance, il est dit textuellement : « La Compagnie garantit « l'assuré contre la responsabilité civile qui peut lui « incomber en cas d'accidents causés aux personnes « par suite d'erreurs pharmaceutiques de son fait, ou « du fait de ses élèves ou aides ; » que les termes employés : « erreurs pharmaceutiques », sont généraux, ne contiennent aucune restriction et comprennent donc toutes les erreurs que le pharmacien peut involontairement commettre dans l'exercice régulier ou irrégulier de sa profession ;

Que de plus, la Compagnie n'ignore pas que les pharmaciens délivrent journellement des médicaments sans ordonnance ; que c'est là un usage constant et connu de tous ; que cela étant, on peut dire et affirmer que, dans des calculs pour déterminer le quantum des primes à payer par les assurés, la Compagnie a tenu compte de cet usage et que tous les risques ont donc été prévus contrairement à ce que soutient aujourd'hui La Providence » ;

Qu'au surplus, si cette dernière avait voulu ne garantir le pharmacien que contre les risques courus par lui dans l'exercice régulier de sa profession, elle aurait dû l'insérer dans ses polices ; elle aurait dû imiter en cela l'exemple de la Compagnie *La Société Générale*, qui garantit l'assuré « contre la « responsabilité civile qui peut lui incomber, par le « fait des accidents ou de la mort dont pourraient « être victimes les personnes auxquelles auraient « été administrés des médicaments délivrés sur ordonnance du médecin ».

Qu'en réalité, C... était primitivement assuré à ladite *Société Générale*, mais qu'il a résilié son contrat dans la crainte de n'être pas assuré contre les risques courus par lui dans la délivrance de remèdes sans ordonnance ; que cette crainte pouvait être fondée alors, sachant que dans les conditions relatives à la dépréciation de la pharmacie, ladite *Société Générale* couvre le dommage matériel, même en cas où il n'y aurait pas eu d'ordonnance ;

Que C... s'est alors adressé à *La Providence*, a contracté avec elle l'assurance dont s'agit et l'a contractée dans la persuasion que toutes les erreurs pharmaceutiques, quelles qu'elles fussent, commises dans l'exercice régulier ou irrégulier de sa profession de pharmacien étaient garanties !

Attendu que cette persuasion, le Tribunal la partage, que, dans ces conditions, la demande de C... doit être accueillie ;

Par ces motifs,

Déclare C... bien fondé en sa demande ; en conséquence, condamne la Compagnie d'assurances *La Providence* à faire paiement audit C... de la somme de 10.000 francs, avec intérêts du 29 juin 1905, date de la demande régulière ; condamne, enfin ladite Compagnie *La Providence* en tous les dépens.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des médecins du Rhône.

Rue de l'Hôpital, 6, Lyon.

La santé publique et le budget des Cultes.

Belleville-sur-Rhône, le 24 août 1906.

Mon cher confrère,

Sous ce pli je vous adresse deux imprimés que je crois susceptibles d'intéresser le *Concours médical*.

Le premier a trait à une question que vous avez signalée aux lecteurs du *Concours* dans le n° 28, du 15 juillet 1906, sous ce titre : « La santé publique et le budget des cultes. » C'est la réponse du syndicat du Rhône au vœu du conseil général.

Le deuxième est relatif à la création d'une assurance mutuelle entre médecins pour couvrir les risques résultant de la circulation sur la voie publique de leurs véhicules divers utilisés pour l'exercice professionnel. Cette question ayant un intérêt général pour le corps médical, j'espère que le *Concours* voudra bien aider à sa diffusion. Merci d'avance et agréez, avec l'expression de mes sentiments bien dévoués, mon meilleur souvenir.

Dr Lépine.

Monsieur et honoré Confrère,

La Chambre syndicale des médecins du Rhône, dans sa séance du 11 juillet dernier, a étudié les conséquences du vœu adressé, au nom du Conseil général, aux municipalités du département, au sujet de la répartition des fonds provenant du budget des Cultes.

Le Conseil général souhaite la création, dans les communes n'ayant pas de médecin en résidence, d'un service médical et d'hygiène. Une subvention communale couvrirait les frais de déplacement d'un médecin, qui, au moins une fois par semaine, à jour et à heure fixes, se tiendrait à la disposition des habitants, auxquels n'incomberaient plus que les frais d'une simple consultation ou d'une visite locale. Ce même médecin visiterait les habitations insalubres et ferait dans les écoles, à la mairie du bourg et dans les hameaux, des conférences publiques sur l'hygiène.

Les considérants qui précèdent l'énoncé de ce vœu montrent le Conseil général préoccupé, à la fois, de rendre possible, à peu de frais, le traitement précoce des affections à début bénin, la tuberculose spécialement ; et, en vulgarisant les notions d'hygiène, de rendre pratiques les prescriptions de la loi sur la Santé publique.

Le Syndicat des Médecins du Rhône ayant décidé que les conclusions de son étude seraient envoyées aux membres de l'Assemblée départementale individuellement, aux municipalités et à tous les médecins syndiqués ou non du département, nous avons l'honneur d'attirer votre attention sur les considérations et décisions ci-contre.

La Chambre syndicale.

La chambre syndicale.

I. — *Sur la question du service médical projeté.*

Considérant :

1° Que les malades atteints d'affections bénignes à leur début, les prétuberculeux, même les tuberculeux aux premières périodes, appartiennent à la catégorie des malades qui peuvent, sans inconvénients, se déplacer pour consulter le médecin chez lui ;

2° Que la présence d'un médecin à jour fixe dans la commune aurait pour conséquence certaine de faire différer les soins dans maints cas aigus où cette abstention aurait les pires conséquences ;

3° Que la désignation d'un médecin officiel serait incompatible avec le respect de la liberté de confiance des indigents et des malades peu aisés, aussi qualifiés pour user de ce droit imprescriptible que les ouvriers blessés au *cours de leur* travail (article 4 de la loi Accidents) ;

4° Que la désignation dans ces conditions d'un médecin communal contribuerait à faciliter la fonctionnarisation de la médecine, tendance que nos organisations professionnelles doivent combattre systématiquement ;

5° Que là où, par exception, l'utilité d'un service médical serait démontrée, il paraît peu probable que les disponibilités budgétaires laissées libres par l'application de la loi d'Assistance aux vieillards pourraient être suffisantes à indemniser équitablement un médecin, auquel on imposerait à jour et à heures fixes, au détriment par conséquent du service de sa clientèle ordinaire, un déplacement, au bout duquel il ne serait pas sûr d'avoir toujours des consultations à donner ou des visites à faire ;

6° Qu'au surplus, la majorité des syndicats médicaux admettent que les tournées médicales à jour et à heure fixes sont propres à déconsidérer le corps médical et à porter atteinte à la dignité professionnelle,

Décide :

Qu'il n'y a pas lieu pour les médecins d'accueillir favorablement un projet dont l'utilité est contestable, qui présente des inconvénients certains pour la sauvegarde de la santé publique dans les campagnes, qui porte atteinte au droit essentiel reconnu à tout malade de choisir librement son médecin, qui irait à l'encontre de nos intérêts les plus respectables, ne nous assurant qu'une rémunération insuffisante et aléatoire, tout en compromettant l'indépendance et la dignité de notre profession.

II. — *Sur la question du service d'hygiène.*

Considérant :

1° Que la vulgarisation des notions d'hygiène est une des préoccupations les plus constantes du corps médical, conscient de son rôle social ;

2° Qu'en luttant contre l'éclosion et la propagation des maladies, les médecins travaillent à tarir les ressources qui leur sont nécessaires ;

3° Que le département et les municipalités n'ont pas le droit de compter sur pareil dévouement et d'y faire constamment appel, tout en paraissant ne pas en remarquer les conséquences ;

4° Que la société ne peut exiger des médecins plus qu'elle ne demande aux autres citoyens, l'humanité étant un devoir social avant d'être une obligation médicale ;

5° Que l'administration, chaque fois qu'elle demande aide aux médecins, doit examiner si tout ce qui est dû à la sauvegarde de leurs droits professionnels est équitablement réalisé ;

6° Que les médecins, tous égaux devant les charges fiscales, doivent pouvoir tous aussi participer au fonctionnement des services publics rétribués ;

Emet l'avis :

Que les médecins doivent coopérer activement à la création de services d'hygiène dans les communes et aider de tout leur pouvoir à l'application des prescriptions de la loi sur la santé publique, même par des conférences là où les municipalités trouveront le moyen de leur assurer des auditeurs ;

Mais décide :

Que le concours des médecins doit être subordonné à l'acceptation par les communes des conditions suivantes ;

a) Là ou plusieurs médecins se trouveront en présence, pas de monopole au profit d'un seul, mais participation de tous les consentants au fonctionnement du service d'hygiène ;

b) Attribution d'honoraires équitables au lieu de l'indemnité insuffisante allouée d'ordinaire pour les services publics.

Syndicat des médecins de la Loire-Inférieure.

Séance du 10 avril 1906.

Présidence de M. Ollive, président.

La séance est ouverte à 4 heures 20.

Etaient présents : MM. Ollive, Sacquet, Voyé, Sébileau, Luneau, Guillon, Polo, Dix-Neuf, Lécuyer, Barthélemy, Guillou, Hugé, Faligan.

M. Ollive fait part de sa démarche auprès de Me Gautté, au sujet de la lettre du Dr Bourrigault, de Moisdon-la-Rivière ; puis il indique en quelques mots les travaux de la commission pour la réforme des statuts.

M. Guillou expose ensuite le projet de réforme de la vaccination : après échange d'opinions entre MM. Dix-Neuf, Faligan, Guillou, Voyé, Ollive, il est émis le vœu suivant :

« Le Syndicat des médecins de la Loire-Inférieure, considérant que la création des médecins vaccinateurs spéciaux est une atteinte au libre exercice de la médecine et à la liberté des clients, émet le vœu que le titre et la fonction de médecin vaccinateur soient supprimés dans toutes les communes du département et que tous les médecins soient appelés à faire les vaccinations et à profiter des avantages qui y sont attachés ».

Le Président exhorte les membres du Syndicat à être exacts aux réunions et à faire autour d'eux le plus de réclame possible.

La séance est levée à 5 heures moins dix.

Le secrétaire des séances,
Dr Mignot.

Séance du 8 mai 1906.

Présidence de M. Ollive, président.

La séance est ouverte à 4 h. 25.

Etaient présents : MM. Ollive, Voyer, Saquet, Sébileau, Luneau, Plantard, Polo, Fillion, Hugé, Grimaud, Redureau, Lécuyer, Groleau, Horeau, Perrion.

Le procès-verbal de la dernière séance, après lecture, est adopté.

Les membres du Syndicat sont unanimes à émettre un vœu tendant à élever le tarif municipal pour la visite de nuit, qu'ils demandent à être porté de 6 fr. à 8 fr.

Sur la proposition de quelques confrères, M. le président accepte d'intercéder près de M. le Préfet pour que tout médecin ait le droit de faire un certificat valable vis-à-vis des administrations, privilège réservé jusqu'ici, au moins dans le département, aux seuls médecins assermentés : les membres présents approuvent cette démarche qui ne vise aucunement les détenteurs actuels du privilège.

M. Plantard donne ensuite lecture du projet des nouveaux statuts, à la rédaction desquels ont collaboré les membres de la commission nommés à cet effet et les membres du Bureau.

Quelques articles, après discussion, sont modifiés et la lecture définitive est remise à la séance suivante.

M. Polo demande qu'au Bulletin projeté, organe du Syndicat, on insère des questions d'intérêt scientifique : cette proposition est mise aux voix et rejetée à la presque unanimité.

M. le Président donne ensuite lecture d'une lettre du Dr Gautret, de Clisson, exposant une réclamation au point de vue du règlement de ses honoraires par l'Assistance départementale ; l'avis général est qu'il doit s'adresser à la commune pour se faire honorer de ce que l'Assistance lui refuse.

La séance est levée à six heures moins vingt.

Le secrétaire des séances,
Dr Mignot.

BIBLIOGRAPHIE

Inconvénients et danger des dentiers et autres appareils de prothèse dentaire. Maladie du caoutchouc, par M. Eilertsen, chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris, lauréat de l'Ecole dentaire. — 1 vol. in-18 de 214 pages, 1906, Jules Rousset, éditeur, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Cet ouvrage se divise en deux parties : Dans la première, l'auteur fait une étude générale de l'hygiène de la prothèse dentaire.

La deuxième partie est consacrée à la maladie dite du caoutchouc, importante question d'hygiène qui, depuis 30 ans, a soulevé maintes controverses dans le monde dentaire.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année — N° 36 — 9 SEPTEMBRE 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

LE CERTIFICAT D'ETUDES MÉDICALES SUPERIEURES

Nous lisons au dernier numéro du *Petit Praticien* le vibrant appel ci-dessous.

Un Congrès des Praticiens.

La création, par décret, d'un certificat d'études médicales supérieures semble n'avoir que modérément ému la presse professionnelle.

C'est pourtant la question la plus grave, la plus menaçante pour son avenir, que le praticien ait jamais connue.

Sous couleur de relever le niveau des études médicales — prétention absurde puisque le dit certificat, ne devant être accessible, d'après ses auteurs, qu'à une minorité, ne pourra qu'abaisser ce niveau en avilissant le doctorat — on va créer une variété de médecins, dits d'élite, lesquels viendront écraser, de leur superiorité prétendue, les médecins tout court qui n'auront à opposer à l'auréole qu'un savoir solide, une vie passée à travailler et à s'instruire.

Cela, sous peine de suicide, le Corps des Praticiens ne peut l'accepter.

Il a pour lui le bon droit ; il dépend de lui qu'il ait aussi la force.

Qu'il s'assemble en Congrès, et il faudra bien que le *ministre socialiste* Briand, se libérant des idées rétrogrades de son grand Conseil de l'Instruction publique, entende enfin les justes doléances de la *démocratie médicale*.

Assez d'apathie lâche.

Que tout ce qui a l'honneur de tenir une plume libre engage le combat, et demain le décret aura vécu.

Trêve à toutes préoccupations étrangères. En avant la Presse indépendante. Et vive le Congrès des Praticiens de France !

D[r] A. Coppens.

L'excellent confrère qui écrit cet article ne s'en n'est pas tenu au coup de clairon dans la presse médicale.

Il a pris la peine de venir demander au Conseil de direction l'ardent concours de notre journal à la campagne de résistance que mérite bien cette malencontreuse création.

Ce concours lui a été aussitôt promis.

Mais, avant de nous rallier au projet de Congrès qui sera peut-être aussi notre conclusion, nous avons à remplir notre rôle habituel de journal d'une Société d'études : documenter, commenter, éclairer, recueillir les avis.

Ce sera notre tâche d'aujourd'hui.



Les Documents.

Voici ce que nous eûmes la stupéfaction de rencontrer au *Journal officiel* du 28 juillet. C'est très long ; cela va prendre beaucoup de place dans notre numéro, mais la discussion exige que tout soit publié.

Ministère de l'Instruction publique des beaux-arts et des cultes.

RAPPORT
AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 25 juillet 1906.

Monsieur le Président,

Le conseil supérieur de l'instruction publique a délibéré, dans sa dernière session, au sujet de la création d'un certificat d'études médicales supérieures.

Le conseil a également arrêté les principes d'une organisation nouvelle de l'agrégation qui sera la conséquence nécessaire de l'institution de ce certificat, désormais exigé des futurs agrégés.

J'ai l'honneur de vous soumettre un projet de décret relatif à l'institution du certificat d'études médicales supérieures tel qu'il est sorti des délibérations du conseil.

Je ne saurais mieux faire, pour justifier les dispositions du décret qui vous est soumis et pour vous permettre de vous rendre compte des détails d'une réforme qui répond aux progrès des sciences médicales, que de placer sous vos yeux le remarquable rapport présenté au conseil supérieur par M. Ch. Bouchard, professeur à la faculté de médecine de l'université de Paris, membre du Conseil.

La création de l'agrégation de médecine et les programmes des concours qui y conduisent ont, dès l'origine, exercé une influence considérable sur la direction du travail et sur les progrès de la science médicale. Il importe donc de ne pas toucher, à la légère, à ces institutions. Il importe aussi de les modifier résolument quand il est établi qu'elles apportent une entrave au développement scientifique et qu'elles donnent une satisfaction insuffisante aux besoins de l'enseignement. Le statut de 1874 a été modifié en 1887 parce qu'il imposait à l'élite des jeunes médecins un procédé de travail qui, s'il donnait aux pays des professeurs érudits, gênait le libre développement de leurs aptitudes, rendait plus difficile le travail personnel et, pour plusieurs, brisait l'originalité.

L'obligation de se tenir toujours prêt à exposer sans assistance et sans secours d'aucun livre l'état actuel de la science en anatomie, en physiologie, en pathologie, dans tout ce qu'elle a de plus général et de plus spécial, exigeait un travail de mémoire continu et immodéré et laissait peu de loisir et de tranquillité d'esprit pour la recherche originale. La conséquence, au témoignage de ceux qui ont accompli la réforme, c'est que le libre travail était stérilisé et que la France, qui avait été l'initiatrice de l'anatomie pathologique, était passée au second ou au troisième rang et que, si elle gardait ou reprenait la première place en physiologie, et en pathologie expérimentale, elle le devait à des hommes qui n'appartenaient pas à nos facultés de médecine, qui avaient hâtivement déserté les concours ou ne les avaient pas abordés : Claude Bernard et Pasteur.

Le but des auteurs de la réforme de 1887 a été de limiter autant que possible l'effort de la mémoire. Pour cela, on a supprimé l'épreuve écrite d'anatomie et de physiologie. Pour l'épreuve orale sur un sujet de pathologie qui, autrefois, était préparée dans une salle fermée, sans documents imprimés ni notes manuscrites, on a mis des livres à la disposition des candidats. De cette façon, on ne leur imposait plus, pendant les longues années de la préparation, l'effort de mémoire continu et toujours renouvelé. On pensait leur laisser le loisir de travailler selon leurs aptitudes et d'accroître la production scientifique. On les y invitait d'ailleurs en substituant à la thèse, épreuve d'un médiocre mérite, l'exposé oral, public, fait par le candidat, de ses travaux et de ses découvertes, innovation heureuse qui a été suivie d'une recrudescence subite et considérable dans les recherches originales et qui a donné l'occasion de mieux juger à leur véritable valeur les jeunes savants qui abordaient les concours. La récolte scientifique s'enrichissait, les personnalités se dégageaient et s'affirmaient.

Mais, en face de ces résultats précieux, d'autres effets fâcheux étaient reconnus. Ce que nous considérons comme la base scientifique d'une éducation médicale disparaissait. On n'étudiait plus l'histologie normale ; on délaissait l'anatomie pathologique ; on ne savait plus la physiologie. Il n'y avait plus de différence entre les concours de la faculté et les concours des hôpitaux ; c'étaient les mêmes candidats qui figuraient dans les deux concours. Le nombre de ceux qui poursuivaient l'agrégation augmentait sans qu'on y trouvât un avantage.

Un autre inconvénient était commun aux deux systèmes. Tandis que le progrès de la science et la multiplication des connaissances avaient fait surgir des spécialités dont le degré de complexité était tel que l'activité d'un seul homme suffisait à peine pour les posséder et pour en enseigner la théorie et la pratique ; tandis que ce besoin de connaissances spéciales universellement reconnu avait amené tardivement, chez nous, la création de chaires spéciales : maladies mentales, maladies nerveuses, maladies cutanées et syphilitiques, ophtalmologie, maladies des voies urinaires, orthopédie et chirurgie infantile, gynécologie ; cependant l'agrégation ne s'était pas adaptée à ces développements nouveaux de la science et à ces besoins spéciaux de l'enseignement. On a vu tous les agrégés de chirurgie refuser une suppléance de clinique ophtalmologique en invoquant leur incompétence et l'on était exposé à voir les agrégés de médecine chargés de suppléer les professeurs de maladies mentales ou nerveuses ou cutanées réclamer l'aide et la direction des chefs de clinique, sous peine de faire rectifier leurs diagnostics par les élèves du service. Pour donner l'enseignement des maladies du larynx, du nez et des oreilles, on a dû, à Paris, s'adresser à un docteur étranger à la Faculté. Ce sont toutes ces défectuosités graves qu'on a voulu corriger par les réformes qui vous sont proposées.

I

On estime que ceux qui, dans une faculté, donnent l'enseignement à côté du professeur ou à défaut du professeur, doivent posséder ces bases scientifiques : l'histologie, la physiologie, l'anatomie pathologique dont, depuis quinze ans, les présidents des concours déplorent l'abandon. Mais on ne veut pas que le souci de se tenir constamment au courant de la science, d'être toujours prêt à traiter extemporanément, sans secours extérieur, une question rentrant dans l'une quelconque de ces connaissances fondamentales, impose au candidat un effort continu de mémoire. S'il doit savoir ce que les autres ont fait, on veut lui laisser le loisir de faire quelque chose par lui-même. On veut qu'il inaugure son concours par l'exposé de ses propres acquisitions ; mais on veut aussi qu'il ait fait antérieurement preuve de connaissances encyclopédiques et que la mémoire, avec l'érudition qu'elle permet d'acquérir, ne soit pas exclue de l'appréciation qu'on aura à porter sur le futur professeur. On ne prétend pas retarder ou entraver sa vocation, ni fixer l'heure à laquelle il lui sera permis de poursuivre avec prédilection les études vers lesquelles ses goûts ou ses aptitudes l'attirent ; mais on exige qu'il fasse, une fois, la preuve qu'il est instruit de la science des autres, qu'il possède les connaissances générales indispensables à ceux qui ont l'ambition d'enseigner. Cette preuve une fois faite, on ne la réclamera plus. Le concours actuel de l'agrégation et l'ancien concours se composaient de deux séries d'épreuves réunies en une même session : les épreuves définitives et, avant elles, les épreuves d'admissibilité, celles qui étaient éliminatoires. On ne conserve dans le concours d'agrégation que les épreuves définitives. Mais on distrait les épreuves d'admissibilité pour en faire un examen auquel le candidat se présentera quand il se sentira prêt à l'affronter, dans des sessions qui se renouvelleront deux fois par an, où il pourra, s'il s'en sent capable, donner en une

seule fois la preuve de toutes les connaissances générales qu'on exige de lui ; ou il pourra, s'il le préfère, réclamer partiellement le témoignage de son savoir et obtenir en des sessions successives le *certificat d'études médicales supérieures.* Muni de ce certificat qui est acquis une fois pour toutes, il sera admis pour concourir à l'agrégation.

Mais ce certificat n'a pas pour unique sanction le droit de s'inscrire en vue du concours de l'agrégation. Il sera recherché, pensons-nous, par ceux qui, ne se sentant pas de propension ou d'aptitude à l'enseignement, mais ayant fait un effort sérieux pour s'instruire, estimeront qu'il n'est pas mal d'en pouvoir fournir la preuve. Ce certificat permettra aussi de recruter, sans nouveaux examens et sans concours, les auxiliaires de l'enseignement, les chefs des travaux, les chefs de clinique qui, suivant le vœu des professeurs, pourront être désignés par eux au choix de l'administration, sans qu'on ait à redouter que la faveur donne la préférence à des candidats insuffisamment préparés. Il permettra aussi de n'introduire comme professeurs dans les écoles de plein exercice et dans les écoles secondaires que des hommes dont l'instruction générale ne sera pas douteuse.

C'est, en effet, l'instruction générale que ce certificat affirmera et dont il provoquera l'acquisition, c'est cet ensemble de connaissances que possédaient seuls les agrégés de médecine et dont se dispensaient, en fait, ceux qui visaient, dès le début de leurs études, l'une de ces grandes spécialités que reconnaissait le statut de 1855 : la chirurgie et l'obstétrique. Votre commission est convaincue que ne pas juger les chirurgiens et les accoucheurs seulement sur leurs connaissances techniques spéciales, mais leur imposer l'acquisition de connaissances scientifiques générales, sera un grand bien et pour eux et pour le pays. La spécialisation s'impose, mais elle ne porte tous ses fruits que si elle repose sur une forte éducation générale.

Cependant il serait excessif, au moins pendant les premières années, de ne pas admettre que les futurs chirurgiens ou les futurs accoucheurs auront une naturelle propension, au cours de leur préparation générale, à étudier avec plus de prédilection les questions qui ne sembleront pas étrangères à leurs préoccupations d'avenir. Il convient donc de ne pas les exposer à la mauvaise chance d'avoir à traiter, pendant l'examen, seulement ces questions qui leur seront moins familières. On évite ce danger en leur permettant de choisir, pour l'épreuve écrite et pour l'épreuve orale, entre trois questions que le jury aura groupées et dont l'ensemble sera désigné par le sort.

On désire que les jurys ne se montrent pas trop indulgents, qu'ils maintiennent la dignité de ce certificat.

On veut que cet examen ait l'éclat des concours actuels de l'agrégation, mais qu'il puisse avoir lieu dans les différentes facultés, qu'il montre aux élèves ce que peut le travail, qu'il éveille chez eux les ambitions latentes, qu'il aille porter l'animation et l'émulation dans les diverses facultés, sans que les candidats locaux puissent être favorisés par la naturelle bienveillance de leurs juges directs ; aucune faculté ne pourra être représentée dans le jury par plus de quatre juges sur neuf.

Facilitant l'accès à diverses fonctions dans l'enseignement des facultés ou des écoles, le certificat d'études médicales supérieures sera réclamé de bonne heure par les jeunes gens qui se destinent à ces fonctions. Ils l'auront en vue dès l'époque de leurs études et sa longue et laborieuse préparation commencera sans doute avant le doctorat, à une époque où la recherche personnelle n'est pas interdite, mais où elle ne saurait être exclusive, à un âge où la mémoire est facile à meubler. On ne pourra pas l'accuser d'être une cause de surmenage ou de stérilisation.

II

Muni du certificat d'études médicales supérieures, le jeune médecin désireux de s'engager plus avant dans la poursuite de la science aura toute facilité et toute liberté. Les cliniques, les laboratoires lui sont ouverts, ou, s'il ne veut pas utiliser son certificat pour prendre place parmi les auxiliaires de nos écoles, il peut aller où ses préférences l'entraînent, en France ou à l'étranger, accroître son instruction et aborder les recherches personnelles, seul ou sous la direction de guides de son choix. Sa voie est bien vite trouvée et, grâce à la multiplicité des sections de l'agrégation, il entrevoit celle qui, dans quelques années, pourra lui donner la récompense et la consécration de son travail.

La preuve des connaissances générales étant faite, les épreuves d'admissibilité sont supprimées, le concours de l'agrégation ne comporte plus que des épreuves qui feront juger la valeur du candidat dans l'ordre d'enseignement qu'il a choisi : c'est 1° l'exposé public de ses travaux personnels ; 2° une leçon orale faite sans l'assistance de personne, mais pour laquelle il pourra, comme quand il fera réellement l'enseignement, consulter les ouvrages de la bibliothèque universitaire ; 3° une épreuve pratique. La part du hasard est réduite au minimum. Le candidat triomphera non par sa mémoire, mais par la valeur de ses travaux et par sa supériorité scientifique et technique.

Actuellement, en dehors des agrégations d'anatomie et d'histologie, de physiologie, de physique, de chimie, d'histoire naturelle, d'obstétrique, la partie pathologique de l'agrégation se compose de deux sections seulement : médecine et médecine légale, chirurgie. Nous partageons l'agrégation de médecine en huit sections indépendantes : pathologie générale et médecine interne, anatomie pathologique, médecine expérimentale et comparée, thérapeutique, hygiène, médecine légale, maladies nerveuses et psychiatrie, maladies cutanées et syphilitiques, et l'agrégation de chirurgie en six autres sections : chirurgie générale, chirurgie infantile et orthopédie, ophtalmologie, maladies du larynx, du nez et des oreilles, gynécologie, maladies des voies urinaires.

On a montré plus haut l'inconvénient qu'il y avait, les chaires spéciales magistrales s'étant spécialisées, à ce que l'agrégation qui doit les assister ne se soit pas adaptée à ce nouveau besoin de l'enseignement.

Le besoin de la spécialisation des agrégés était tel qu'on en était venu à les spécialiser après coup et malgré eux. Un concours qui avait porté sur la médecine interne, la pathologie générale et la thérapeutique s'étant terminé par la nomination de cinq agrégés pour une faculté, on faisait savoir à ces cinq agrégés, au moment de l'installation, que les besoins de l'enseignement réclamaient un agrégé pour la médecine générale, un pour l'anatomie pathologique, un pour la pathologie expérimentale, un pour la médecine légale, un pour les maladies nerveuses. Les cinq agrégés, dont quelques-uns ne s'étaient nullement spécialisés, choisissaient ces attributions d'après leur ordre de nomination, il se rencontrait que celui qui avait visé la médecine générale passait à la médecine légale, que le neuropathologiste était attribué à la médecine expérimentale. Il fallait refaire son éducation. On y arrive avec du travail quand on possède une instruction générale solide ; mais les professeurs spéciaux se trouvaient souvent mal assistés, et les assistants maudissaient la destination que le sort leur imposait et qui les arrachait à leurs travaux de prédilection. Tout cela devait être changé.

Les dispositions qui vous sont soumises semblent donner satisfaction à ces desiderata. Ce n'est pas le titre des diverses sections d'agrégation qui provoquera la spécialisation. Elle commencera quand, l'esprit s'éveillant à la curiosité scientifique, l'étudiant se rendra compte de ses aspirations et aura conscience de ses aptitudes ; elle lui laissera d'abord le temps nécessaire pour perfectionner son instruction générale ; elle s'affirmera ensuite et le jeune docteur, s'engageant davantage dans la voie que

lui trace sa vocation, arrivera naturellement vers l'une des agrégations. Le concours n'imposera pas la spécialisation, il la consacrera. Ce sera certainement un avantage pour l'enseignement ; l'avenir dira s'il ne doit pas en résulter un bien pour la science.

Toutes les facultés, une seule exceptée, demandent que les divers concours d'agrégation soient, comme par le passé, centralisés à Paris. La réforme projetée leur donne satisfaction, elle fait que chaque concours sera commun à toutes les facultés et que, de plus, les candidats élus seront les agrégés de toutes les facultés. Ils sont nommés d'après une liste unique dressée par ordre de mérite ; suivant leur rang de classement, ils sont appelés à désigner la faculté à laquelle ils désirent être attachés. C'est une réforme importante qu'on a jugée audacieuse, quelques-uns ont dit : irréalisable. C'est purement et simplement l'application à la médecine de ce qui existe pour les autres agrégations.

C'est la mise sur le même pied de toutes les facultés de médecine qui seront choisies par leurs agrégés, suivant les avantages qu'elles leur présenteront. C'est une origine commune donnée aux agrégés, qui non seulement seront issus d'un même concours où ils auront fait les mêmes épreuves, devant le même jury, mais qui auront tous été jugés et classés les uns par rapport aux autres et non plus par catégories, comme antérieurement, suivant qu'ils étaient préalablement inscrits, pour une faculté ou pour une autre. Il n'y aura plus de mauvais agrégés. Toutes les facultés, même les moins recherchées, auront de bons agrégés, ou si les derniers élus préfèrent renoncer à l'agrégation plutôt que d'entrer dans leurs cadres, elles auront toujours la ressource des rappels à l'exercice. Si certains élus parisiens, au moment où leur ordre de nomination les amène à faire connaître leur choix, trouvant déjà occupées les places vacantes à la faculté de Paris, renoncent à l'agrégation plutôt que de se rendre en province, ils n'auront de reproches à adresser qu'à eux-mêmes s'ils n'ont pas été supérieurs à leurs collègues provinciaux, et la faculté de Paris n'en aura *pas moins les meilleurs* agrégés. C'est la justice et l'avantage pour les hommes et pour les institutions. Et quelle émulation résultera de ce changement pour les candidats et pour les facultés elles-mêmes.

L'ensemble des réformes qui vous sont soumises impose à tous ceux qui veulent participer à l'enseignement dans nos facultés et dans nos écoles une large et solide instruction scientifique. Il n'en exige la *preuve qu'une* seule *fois* et laisse ensuite toute liberté au jeune travailleur pour chercher et pour suivre sa voie. Quelle que soit la direction dans laquelle il s'est engagé, il lui réserve la possibilité de faire valoir le résultat de son travail dans un concours qui permet à chacun de prendre la place à laquelle il a droit, qui lui convient et pour laquelle il convient.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect,

Le ministre de l'instruction publique des beaux-arts et des cultes,

Aristide Briand.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu le décret du 31 juillet 1893 ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Il est institué un certificat d'études médicales supérieures.

Art. 2.— Ce certificat est délivré par le ministre de l'instruction publique à la suite d'un examen public subi devant un jury spécial dont les membres sont nommés par arrêté ministériel.

Art. 3.— Nul n'est admis à se présenter à cet examen s'il n'est pourvu du grade de docteur en médecine.

Art. 4. — L'examen comprend :

1° Une composition d'anatomie, d'histologie et de physiologie.

Quatre heures sont accordées pour cette composition qui a lieu dans une salle fermée ;

2° Un exposé oral de trois quarts d'heure au maximum sur une question de pathologie générale fait après trois heures de préparation dans une salle fermée. Pour la composition et pour la préparation de l'exposé oral, les candidats ne doivent s'aider d'aucune note, d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit.

La surveillance est organisée par le président du jury ;

3° Une épreuve pratique d'anatomie pathologique y compris les divers procédés d'exploration des tissus et des humeurs morbides.

Le jury détermine le temps accordé aux candidats pour la préparation de cette épreuve et pour l'exposé des résultats de leur travail.

Pour l'épreuve écrite, il est donné trois sujets entre lesquels les candidats ont le droit de choisir.

Chaque candidat, après avoir signé sa composition, la remet au juge chargé de la surveillance, qui y appose son visa.

Les compositions sont lues par les candidats en séance publique, sous le contrôle d'un des juges.

Avant le commencement des épreuves orales, le jury arrête tous les sujets de ces épreuves. Chaque candidat tire au sort une enveloppe contenant trois sujets entre lesquels il a le droit de choisir.

Pour l'épreuve pratique, le jury choisit le sujet de chaque épreuve.

Art. 5 — Les aspirants au certificat d'études médicales supérieures ne sont pas tenus de subir les trois épreuves dans la même session.

Ils peuvent ne s'inscrire, à la même session, que que pour une ou deux épreuves à leur choix.

Le candidat admis à une épreuve conserve le bénéfice de son admission. Il peut réclamer l'attestation de cette admission au président du jury.

Le certificat n'est délivré qu'autant que le candidat a été déclaré admis pour chacune des trois épreuves.

Art. 6. — Chaque épreuve donne lieu à une note exprimée par un chiffre variant de 0 à 20.

Pour être déclaré admis à une épreuve, le candidat ne doit pas avoir obtenu une note inférieure à 15.

Le candidat qui aura obtenu pour une épreuve une note inférieure à 10 ne pourra pas subir de nouveau cette épreuve avant une année.

L'admission et l'ajournement sont prononcés après délibération du jury.

Art. 7. — Le jury est composé de neuf juges choisis par le ministre de l'instruction publique parmi les professeurs titulaires ou honoraires, les agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Aucune faculté ne peut être représentée dans le jury par plus de quatre membres.

Art. 8. — Le jugement peut être valablement rendu par cinq juges.

Après la session, le président adresse au ministre un rapport sur les résultats des examens.

Art. 9. — La première session s'ouvrira en octobre 1907.

A partir du 1er janvier 1908, les sessions d'examens auront lieu deux fois par an.

Un arrêté ministériel désigne la faculté au siège de laquelle aura lieu chaque session.

Les dates des sessions et les dates d'ouverture du registre d'inscription sont également fixées par arrêtés ministériels.

Art. 10. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécu-

tion du présent décret qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 25 juillet 1906.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

ARISTIDE BRIAND.

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu le décret du 22 août 1854 ;

Vu les statuts du 29 décembre 1855, 16 novembre 1874 et 27 décembre 1880 ;

Vu le décret du 12 juillet 1878 et l'arrêté du 17 juillet 1885 ;

Vu l'arrêté du 30 juillet 1887 ;

Vu le décret en date du 25 juillet 1906, portant institution d'un certificat d'études médicales supérieures ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Art. 1er. — L'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie comprend les sections déterminées ci-après :

I. — MÉDECINE

Anatomie humaine et comparée.
Histologie et embryologie.
Physiologie.
Physique biologique et médicale.
Chimie biologique et médicale.
Sciences naturelles appliquées à la médecine.
Pathologie générale et médecine interne.
Anatomie pathologique.
Médecine expérimentale et comparée.
Thérapeutique et pharmacologie.
Hygiène.
Médecine légale.
Maladies nerveuses et psychiatrie.
Maladies cutanées et syphilitiques.
Chirurgie générale.
Obstétrique.
Chirurgie infantile et orthopédie.
Ophtalmologie.
Maladies du larynx du nez, et des oreilles.
Gynécologie.
Maladies des voies urinaires.

II. — PHARMACIE

Pharmacie et matière médicale.

Art. 2 — Il est ouvert un concours spécial pour chaque section.

Art. 3. — Nul n'est admis à se présenter au concours (section de médecine) s'il ne justifie du grade de docteur en médecine et du certificat d'études médicales supérieures.

Toutefois, les docteurs en médecine, pourvus du diplôme de docteur ès sciences physiques ou du diplôme supérieur de pharmacien, peuvent s'inscrire en vue de l'agrégation de physique biologique et médicale ou de l'agrégation de chimie biologique et médicale s'ils ont subi avec succès la partie de l'examen du certificat d'études médicales supérieures correspondant à l'anatomie, l'histologie, à la physiologie et à la pathologie générale.

Les docteurs en médecine qui sont pourvus du diplôme de docteur ès sciences naturelles ou du diplôme supérieur de pharmacien peuvent s'inscrire en vue de l'agrégation des sciences naturelles s'ils ont subi avec succès la partie de l'examen du certificat d'études médicales supérieures correspondant à la pathologie générale et à l'anatomie pathologique.

Art. 4. — Les grades dont les candidats aux fonctions d'agrégé (section de pharmacie) dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie doivent justifier, sont :

Soit le doctorat en médecine et le certificat d'études médicales supérieures, soit le titre de pharmacien de 1re classe et le doctorat ès sciences physiques ou naturelles ; soit le diplôme supérieur de pharmacien.

Art. 5. — Les épreuves du concours sont :

1° Une épreuve de titres.

Elle consiste en un exposé public fait par le candidat de ses travaux personnels.

En vue de cette épreuve, le candidat est tenu de fournir une notice imprimée de ses titres et travaux scientifiques.

Le format de la notice sera le format prévu par l'arrêté du 1er mai 1896 pour les thèses de doctorat en médecine.

Les candidats doivent déposer en outre un exemplaire de chacune de leurs publications.

2° Une épreuve théorique.

Elle consiste en une leçon orale de trois quarts d'heure, faite après quatre heures de préparation dans une salle fermée, sur une question se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit. Le candidat choisit entre trois sujets contenus dans une enveloppe tirée au sort.

La surveillance est organisée par le président du jury.

Les ouvrages qui se trouvent à la bibliothèque universitaire sont mis à la disposition du candidat sur sa demande.

3° Une épreuve pratique sur un sujet se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit.

Pour chaque ordre d'agrégation, le jury détermine la nature de l'épreuve pratique, sa durée et la durée de l'exposé oral public où le candidat rend compte de cette épreuve.

Art. 6. — Les jurys des concours sont nommés par le ministre.

Ils sont constitués ainsi qu'il suit pour les différentes sections de l'agrégation :

Section d'anatomie humaine et comparée et section d'histologie et embryologie.

Un seul jury composé de cinq juges titulaires :
Deux professeurs d'anatomie ;
Un professeur d'anatomie comparée ou d'embryologie ;
Deux professeurs d'histologie ;
Deux juges suppléants.

Section de physiologie.

Trois juges titulaires :
Deux professeurs de physiologie ;
Un professeur d'histologie, de physique médicale, de chimie médicale ou de médecine expérimentale ;
Deux juges suppléants.

Section de physique biologique et médicale.

Trois juges titulaires :
Deux professeurs de physique ;
Un professeur de physiologie ou de médecine expérimentale ;
Deux juges suppléants.

Section de chimie biologique et medicale.

Trois juges titulaires :
Deux professeurs de chimie ;
Un professeur de physiologie, de médecine expérimentale ou de pharmacologie ;
Deux juges suppléants.

Section des sciences naturelles appliquées à la médecine.

Trois juges titulaires :
Deux professeurs d'histoire naturelle;
Un professeur de pharmacologie ou de médecine expérimentale ;
Deux juges suppléants.

Section de pathologie générale et médecine interne.

Sept juges titulaires :
Un professeur d'anatomie pathologique, ou de médecine expérimentale ;

Les autres juges seront choisis parmi les professeurs de pathologie générale, de pathologie interne, de thérapeutique, de clinique médicale et des cliniques spéciales ;
Trois juges suppléants.

Section d'anatomie pathologique.

Cinq juges titulaires :
Deux professeurs d'anatomie pathologique ;
Un professeur d'histologie ;
Un professeur de pathologie générale ou de pathologie expérimentale ;
Un professeur de médecine interne ;
Deux juges suppléants.

Section de médecine expérimentale et comparée.

Trois juges titulaires :
Un professeur de médecine expérimentale ;
Un professeur de pathologie générale, de médecine interne, de thérapeutique, d'hygiène ou d'anatomie pathologique ;
Un professeur d'histologie ou de physiologie ;
Deux juges suppléants.

Section de thérapeutique et pharmacologie.

Cinq juges titulaires :
Un professeur de thérapeutique ;
Un professeur de pharmacologie ;
Un professeur de médecine interne ;
Un professeur de physique médicale ;
Un professeur de physiologie ;
Deux juges suppléants.

Section d'hygiène.

Cinq juges titulaires :
Deux professeurs d'hygiène ;
Un professeur de physiologie ;
Un professeur de physique médicale ou de chimie médicale ;
Un professeur de médecine interne ou de médecine expérimentale ;
Deux juges suppléants.

Section de médecine légale.

Cinq juges titulaires :
Deux professeurs de médecine légale ;
Un professeur de médecine mentale ;
Un professeur de chimie ou de pharmacologie ;
Un professeur de pathologie médicale, de pathologie chirurgicale ou de clinique obstétricale ;
Deux juges suppléants.

Section des maladies nerveuses et psychiatrie.

Cinq juges titulaires :
Deux professeurs de pathologie nerveuse ;
Deux professeurs de pathologie mentale ;
Un professeur de médecine interne ou d'anatomie pathologique.
Deux juges suppléants.

Section des maladies cutanées et syphilitiques.

Trois juges titulaires :
Deux professeurs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques ;
Un professeur de pathologie générale ou de médecine interne ;
Deux juges suppléants.

Section de chirurgie générale.

Sept juges titulaires :
Les juges seront choisis parmi les professeurs de pathologie externe, de clinique chirurgicale, de médecine opératoire et des cliniques chirurgicales spéciales.
Trois juges suppléants.

Section de chirurgie infantile ou orthopédie.

Trois juges titulaires :
Deux professeurs de chirurgie infantile et orthopédie ;
Un professeur de clinique chirurgicale ;
Deux juges suppléants.

Section d'ophtalmologie.

Cinq juges titulaires :
Deux professeurs de clinique ophtalmologique ;
Un professeur de physique médicale, un professeur de pathologie nerveuse ou de médecine interne ;
Un professeur de chirurgie ou d'anatomie pathologique ;
Deux juges suppléants.

Section des maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Trois juges titulaires :
Deux professeurs des maladies du larynx, du nez et des oreilles.
Un professeur de chirurgie ou de médecine ;
Deux juges suppléants.

Section de gynécologie.

Trois juges titulaires :
Deux professeurs de gynécologie ;
Un professeur de chirurgie ;
Deux juges suppléants.

Section des maladies des voies urinaires.

Trois juges titulaires :
Deux professeurs de clinique des maladies des voies urinaires ;
Un professeur de chirurgie ;
Deux juges suppléants.

Section d'obstétrique.

Trois juges titulaires :
Deux professeurs d'obstétrique ;
Un professeur de chirurgie ;
Deux juges suppléants.

Section de pharmacie et matière médicale.

Trois juges titulaires :
Deux professeurs de pharmacie ;
Un professeur de botanique ou de matière médicale .
Deux juges suppléants.

Art. 7.— Peuvent être appelés au même titre que les professeurs des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, à faire partie des jurys, les membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, les professeurs du Collège de France, du Muséum d'histoire naturelle et des facultés des sciences, les professeurs honoraires, les agrégés et les chargés de cours des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Art. 8. — Aucune faculté ne peut être représentée dans le jury par plus du tiers des juges.

Art. 9. — Lorsque le jury est composé de sept juges titulaires, le jugement peut être valablement rendu par cinq juges.

Lorsque le jury est composé de cinq juges titulaires, le jugement peut être valablement rendu par trois juges.

Pour les sections de l'agrégation dont le jury se compose seulement de trois juges titulaires, après la constitution du jury un des juges suppléants est désigné par le sort pour assister à toutes les opérations du concours. Au cas où l'un des juges titulaires ne serait pas présent à l'une des séances, il serait remplacé définitivement par ce juge suppléant qui, à partir de ce moment, aura voix consultative et délibérative.

Les juges suppléants ne peuvent pas appartenir à la même faculté. Ils sont choisis dans les facultés qui ne sont pas représentées dans le jury ou, s'il s'agit de jurys composés de sept juges titulaires, dans les facultés qui n'y comptent pas plus d'un juge titulaire.

Art. 10. — Les présentes dispositions seront appli-

quées aux concours qui seront ouverts à partir de l'année scolaire 1909-1910.

Art. 11. — Les docteurs en médecine candidats à l'agrégation et déclarés admissibles dans les concours antérieurs sont dispensés du certificat d'études médicales supérieures.

Art. 12. — Les agrégés sont nommés d'après une liste dressée par le jury par ordre de mérite.

Suivant leur rang de classement, ils sont appelés à désigner la faculté à laquelle ils désirent être attachés.

Si, dans l'intervalle de deux concours, une place d'agrégé de leur spécialité devient vacante dans une autre faculté, ils peuvent y être transférés sur leur demande.

Art. 13. — Seront abrogées, à partir de l'entrée en vigueur du régime établi par le présent arrêté, les dispositions contraires des statuts du 16 novembre 1874 et du 27 décembre 1880 et de l'arrêté du 30 juillet 1887.

Fait à Paris, le 25 juillet 1906.

Aristide BRIAND.

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu le décret en date du 25 juillet 1906, portant institution du certificat d'études médicales supérieures ;

Vu les décrets des 9 mars 1852, 28 décembre 1885 et 30 juillet 1886 ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Art. 1er. — Le certificat d'études médicales supérieures est exigé des candidats :

1° Aux fonctions d'agrégé et de chargé de cours complémentaires dans les facultés de médecine et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie (sections de médecine) :

2° Aux fonctions de chef de travaux dans les facultés de médecine et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section de médecine).

Art. 2. — Les docteurs en médecine, pourvus du certificat d'études médicales supérieures, peuvent être nommés sans concours aux fonctions de chef de clinique dans les facultés de médecine et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Ils sont nommés par le recteur sur présentation du doyen, après avis du conseil de la faculté.

Art. 3. — Les dispositions prévues à l'article 1er ne sont pas applicables aux chargés de cours complémentaires et aux chefs de travaux en fonctions à la date de la promulgation du décret portant institution du certificat d'études médicales supérieures.

Fait à Paris, le 25 juillet 1906.

Aristide BRIAND.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes.

Vu le décret du 14 juillet 1875 ;

Vu les décrets des 1er août 1883 et 25 juillet 1885 ;

Vu la loi du 30 novembre 1892 et les décrets des 31 juillet 1893 et 24 juillet 1899 ;

Vu le décret du 31 janvier 1896 sur la licence ès-sciences ;

Vu le décret du 24 juillet 1889 ;

Vu le décret en date du 25 juillet 1906, portant institution du certificat d'études médicales supérieures ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les grades et titres à exiger des professeurs titulaires et des chargés de cours dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie, sont

Pour les chaires d'anatomie, d'histologie et de physiologie, et pour les chaires de médecine, de chirurgie et de clinique obstétricale, le doctorat en médecine et le certificat d'études médicales supérieures ;

Pour les chaires de pharmacie et de matière médicale, le diplôme supérieur de pharmacien ;

Pour les chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle, le doctorat en médecine et le certificat d'études médicales supérieures, ou le titre de pharmacien de 1re classe et le doctorat ès sciences physiques ou naturelles, ou le diplôme supérieur de pharmacien.

Art. 2. — Peuvent être nommés sans concours dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie :

Suppléants des chaires d'anatomie et de physiologie, des chaires de pathologie et de clinique interne, des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, les docteurs en médecine pourvus du certificat d'études médicales supérieures.

Suppléants des chaires de chimie et de physique, les docteurs en médecine pourvus du diplôme de licencié ès-sciences portant le groupe suivant de mentions :

Physique générale,
Chimie générale,
Minéralogie, ou une autre matière de l'ordre des sciences physiques ou des sciences naturelles ;

Suppléants de la chaire d'histoire naturelle, les docteurs en médecine pourvus du diplôme de licencié ès sciences portant le groupe suivant de mentions :

Zoologie ou physiologie générale,
Botanique,
Géologie.

Peuvent également être nommés sans concours suppléants des chaires de chimie, de physique et d'histoire naturelle, les pharmaciens pourvus du doctorat ès sciences physiques ou du doctorat ès sciences naturelles.

Art. 3. — Les docteurs en médecine pourvus du certificat d'études médicales supérieures peuvent être nommés sans concours aux fonctions de chef des travaux anatomiques.

Les pharmaciens pourvus du doctorat ès sciences physiques peuvent être nommés sans concours aux fonctions de chef des travaux chimiques.

Art. 4. — Les présentes dispositions entreront en vigueur à partir du 1er novembre 1907.

Toutefois les suppléants et les chargés de cours en exercice à la date de la promulgation du présent décret peuvent être nommés professeurs titulaires sans justifier du certificat d'études médicales supérieures.

Art. 5. — Seront abrogées à partir du 1er novembre 1907 les dispositions contraires du décret du 1er aout 1883.

Art. 6. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 25 juillet 1906.

A. FALLIÈRES,

Par le Président de la République ;

Le ministre de l'Instruction publique, des beaux-arts et des cultes.

Aristide BRIAND.

Le Président de la République francaise,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu l'ordonnance du 12 mars 1841 ;

Vu les décrets du 10 août 1877, 1er août 1883, 25 juillet 1885 ;

Vu la loi du 30 novembre 1892 et les décrets du 31 juillet 1893 et du 24 juillet 1899 ;

Vu le décret du 22 janvier 1896 sur la licence ès sciences ;

Vu le décret du 24 juillet 1889 ;

Vu le décret du 25 juillet 1906, portant institution du certificat d'études médicales supérieures ;
Vu la loi du 27 février 1880 ;
Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Decrète ;

Art. 1er. — Les articles, 4, 5 et 7 du décret du 1er août 1883, portant réorganisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 4. — Les suppléants sont nommés au concours pour une durée de neuf ans.

Le concours est ouvert devant une faculté de médecine, une faculté mixte de médecine et de pharmacie ou une école supérieure de pharmacie.

Le siège du concours est déterminé par le ministre.

Peuvent être nommés sans concours :

Suppléants des chaires d'anatomie et de physiologie, des chaires de pathologie et de clinique internes, des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, les docteurs en médecine pourvus du certificat d'études médicales supérieures ;

Suppléants de chaires de chimie et de physique, les docteurs en médecine pourvus d'un diplôme de licencié ès sciences portant le groupe suivant de mentions :

Physique générale,
Chimie générale,
Minéralogie, ou une autre matière de l'ordre des sciences physiques ou des sciences naturelles.

Suppléants de la chaire d'histoire naturelle, les docteurs en médecine pourvus d'un diplôme de licencié ès sciences portant le groupe suivant de mentions :

Zoologie ou physiologie générale,
Botanique,
Géologie.

Peuvent également être nommés sans concours, suppléants des chaires de chimie, de physique et d'histoire naturelle, les pharmaciens pourvus du doctorat ès sciences physiques ou du doctorat ès sciences naturelles.

Après l'expiration du temps légal d'exercice, le ministre peut maintenir un suppléant en fonctions et même le rappeler temporairement à l'activité, si les besoins du service l'exigent.

Art. 5. — Les chefs de travaux sont nommés au concours pour une période de neuf ans. Le concours est ouvert devant l'école où les emplois sont vacants.

Peuvent être nommés sans concours chefs des travaux d'anatomie et d'histologie, chefs des travaux de physiologie, chefs des travaux de médecine opératoire, les docteurs en médecine pourvus du certificat d'études médicales supérieures.

Peuvent être nommés sans concours chefs des travaux de physique et de chimie, chefs des travaux d'histoire naturelle, les pharmaciens pourvus du doctorat ès sciences physiques ou du doctorat ès sciences naturelles.

Art. 7. — Les grades et titres à exiger des professeurs titulaires et des chargés de cours sont :

Pour les chaires d'anatomie, d'histologie et de physiologie et pour les chaires de médecine, de chirurgie et de clinique obstétricale le doctorat en médecine et le certificat d'études médicales supérieures ;

Pour les chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle, le doctorat en médecine et le certificat d'études médicales supérieures ou le titre de pharmacien de 1re classe et le doctorat ès sciences physiques ou naturelles, ou le diplôme supérieur de pharmacien.

Pour la chaire de pharmacie et matière médicale le diplôme supérieur de pharmacien.

Art. 2. — Les dispositions du présent décret entreront en vigueur à partir du 1er novembre 1907.

Toutefois, les suppléants et les chargés de cours en exercice à la date de la promulgation du présent décret peuvent être nommés professeurs titulaires sans justifier du certificat d'études médicales supérieures.

Art. 3. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 25 juillet 1906.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,
ARISTIDE BRIAND.

Si nous revenons maintenant sur le rapport du Pr Bouchard, que M. le ministre Briand avoue s'être contenté de contre-signer, nous n'aurons pas de peine à en résumer toute la substance en cette seule phrase : « *Le certificat d'études médicales* SUPÉRIEURES (*saluons, nous qui en sommes restés aux études* INFÉRIEURES *!) est créé et mis au monde pour le recrutement des agrégés et des divers auxiliaires de l'enseignement.* »

Il y avait urgence, paraît-il. Songez donc, en effet, que l'histologie, l'anatomie pathologique, la physiologie étaient délaissées par ces auxiliaires (est-ce bien sûr ?) ; qu'il n'y avait plus de différence (abomination de la désolation !) entre les concours de la faculté et ceux des hôpitaux ; que c'étaient les mêmes candidats qui figuraient dans les deux concours (pourquoi pas, et en quoi cela sera-t-il changé?) ; que les agrégés ne parvenaient pas à se spécialiser (comment cela leur sera-t-il plus facile maintenant ?).

A notre humble avis, les *graves défectuosités* ci-dessus ne seront en rien atteintes par le certificat : superbe coup d'épée dans l'eau, même comme mesure de boutique ; réforme sur le papier, bien dans la tradition des grands conseils, où la théorie nuageuse fait perdre de vue les applications pratiques.

En revanche, le rapport prévoit que, fatalement, *le certificat sera recherché par ceux qui, ne se sentant pas de propension ou d'aptitude à l'enseignement, mais ayant fait un effort sérieux pour s'instruire, estimeront qu'il n'est pas mal d'en pouvoir fournir la preuve*, etc...

A eux aussi les cliniques, les laboratoires, seront ouverts de façon profitable.

Tout cela est parfaitement exact. Le rapporteur eût même pu prévoir comme constituée à bref délai, une classe médicale privilégiée, éclipsant le prestige des internes qui avait déjà ravalé celui du doctorat. Avec un peu de bonne volonté, il eût dû préciser le titre qu'ils se donneront sur leurs cartes, car il va nous falloir avant peu ouvrir un concours pour combler cette lacune.

S'il avait poussé la prévoyance jusque-là, m'est avis que, du haut de l'Olympe professoral et de l'éther de la science pure, ses regards seraient enfin tombés sur cette masse des Français malades qui veut avoir partout, non pas des médecins de quatrième ordre, munis d'un diplôme d'études *inférieures*, mais des hommes tous également capables de lui assurer les meilleurs soins, ceux auxquels elle a droit toujours ; les plus humbles citoyens, au dire de M. Briand lui-même, n'ayant pas à se sacrifier, par des organisations médicales hiérarchiques dont les privilèges resteront aux riches.

Il se serait alors souvenu aussi, le distingué rapporteur, que les praticiens ont été unanimes à réclamer précisément le contraire de ce qu'il nous offre :

1° Le diplôme de docteur en médecine rendu à son prestige par des études plus fortes, plus complètes, surtout plus pratiques, et englobant celles qui ont donné lieu à des certificats spéciaux surajoutés ;

2° Pour assurer cet enseignement, des professeurs et agrégés dont le mode de recrutement nous préoccupe moins que l'obligation pour eux de se consacrer à leur chaire à la faveur d'une situation universitaire bien assurée.

Voilà ce que les délégués des Syndicats et de nos autres groupements sont allés dire à M. Briand, ministre socialiste et égalitaire : son Grand Conseil répond à la démarche en ajoutant un échelon de plus à cette hiérarchie condamnée qui s'élève au-dessus d'un doctorat de plus en plus ravalé par des créations d'études *supérieures*.

Cela prend, qu'on l'ait ou non voulu, le caractère d'une provocation.

Nous comprenons la révolte de nos confrères du Nord, et nous convions comme eux nos Syndicats à se souvenir de leur raison d'être et à protester de la façon la plus éclatante, parce que c'est à eux que s'adresse le camouflet du Grand Conseil, ainsi qu'à la masse des humbles citoyens pour lesquels nous réclamons les garanties qu'on semble réserver aux seules clientèles aristocratiques ou fortunées.

Il faut que ce décret soit rapporté ou modifié : il n'a pas d'avantages, mais il est désastreux pour notre diplôme.

La forme à donner à notre campagne.

Ici la parole passe à nos lecteurs.

Le Petit Praticien a formulé une proposition. Il convient qu'il la développe en considérant les voies et moyens.

L'Union des Syndicats, l'Association générale, les Sociétés d'arrondissement de Paris, les groupements divers, ont aussi à donner leur sentiment et à se concerter pour l'action.

Le *Concours* souscrit d'avance à cet accord.

Il marchera.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le traitement de la gale.

La gale est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement et, dans de nombreuses circonstances, nous avons constaté des erreurs de diagnostic à son sujet, non pas que ce diagnostic soit difficile la plupart du temps, mais plutôt parce que l'on n'y pense pas et que l'on n'ose pas y penser, en présence de clients d'une situation un peu élevée. Hélas ! il en est un peu de la gale comme de la mort, d'après Malherbe :

> La garde qui veille aux barrières du Louvre
> N'en défend pas les rois.

Or, voici comment, dans une récente leçon clinique, M. le Dr *Brocq* formule le traitement de la gale : « Avec un savon quelconque, on pratique tout d'abord, pendant un temps suffisant, un savonnage vigoureux de la tête aux pieds ; puis le malade est mis dans un bain sulfureux, où il devra continuer à se savonner. La durée de ce bain sera de 15 minutes environ ; ensuite on le frotte partout où il y a des sillons visibles avec une flanelle ou un molleton de manière à déchirer ces sillons. Il est important de ne pas négliger cette précaution, ainsi que cela se produit fréquemment. Le corps sera enduit d'une pommade soufrée à 1/6 ou 1/15 suivant l'état de la peau. On pourra utiliser la formule suivante qui est d'ailleurs modifiable :

Carbonate de potasse.......	1 gramme.
Soufre précipité...............	3 —
Axonge fraîche benzoïnée....	12 —

On laisse cette pommade pendant 24 heures sur le corps, qu'on aura soin de recouvrir d'un linge fin. Puis on donne un bain d'amidon et quand la peau est irritée, on fait des applications de pommades adoucissantes :

Amidon.............	ââ parties égales.
Oxyde de zinc.......	
Lanoline...........	
Vaseline.............	

qui seront continuées tant que la peau n'aura pas repris son état ordinaire.

Ce traitement n'a rien d'absolu et peut être modifié sans aucun inconvénient. On peut, par exemple, employer le pétrole ordinaire, à la condition cependant que le malade se tienne éloigné du feu ou de la lumière.

Au moment de se coucher, on l'enduit de pétrole et, le lendemain, il met un caleçon, des bas et une chemise qu'il garde pendant trois jours. Les applications de pétrole peuvent être renouvelées chaque soir. Peu coûteux et très efficace, ce traitement ne sera utilisé que dans certaines conditions très spéciales.

« Aux sujets à peau susceptible, ou trop irritée, on conseillera le baume du Pérou et le styrax.

« Voici une formule pour l'emploi du baume du Pérou :

Baume du Pérou......	3 grammes.
Soufre.................	5 —
Oxyde de zinc.........	15 —
Lanoline............	ââ 25 —
Vaseline.............	

« Pendant trois ou quatre jours on fera des frictions avec cette pommade et aux cas où la peau s'irriterait, on donnera des bains calmants d'amidon.

« Quant au styrax, M. Brocq ne l'utilise plus ; il était autrefois employé surtout chez les enfants ; son abandon tient à ce que, par suite de modification dans sa préparation industrielle, il est devenu très irritant, et a provoqué des accidents sérieux.

« La désinfection complète des êtements et du

linge du malade est un point important du traitement ; et, lorsqu'il y a récidive, malgré un traitement médicamenteux rigoureusement suivi, on peut affirmer presque à coup sûr qu'elle est due à une réinfection par des vêtements mal désinfectés. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le Pr agrégé Teissier.

Les méthodes de percussion cardiaque et leurs résultats.

Je vais, aujourd'hui, faire devant vous l'étude de la percussion cardiaque. Ce procédé d'exploration, quoi qu'en disent certains auteurs, est une méthode importante. M. Tripier lui reproche de ne pas donner de résultats précis dans la pratique courante : c'est peut-être exact si, par pratique courante, on entend examen fait « en courant » ; ce ne l'est plus, si l'on procède avec soin à cet examen.

Envisagé en vue de la percussion, le cœur doit être considéré comme lié aux organes environnants, à son pédicule vasculaire, au péricarde et au poumon qui l'entourent. Il est aussi une série de points de repère utiles à retenir. Ainsi, la ligne médio-sternale sépare la matité cardiaque normale en deux portions : une droite, correspondant au tiers du cœur, à l'oreillette droite, sauf son sommet, à une petite partie du ventricule droit, à une petite partie du segment aortique ; une gauche, correspondant aux deux autres tiers du cœur, à la plus grande partie du ventricule droit, à la totalité du ventricule gauche, au sommet de l'oreillette droite, etc. Une ligne oblique, allant de l'articulation acromio-claviculaire droite à la pointe du cœur, suit le sillon inter-ventriculaire. Habituellement, la partie supérieure du cœur répond à l'insertion sternale des deuxièmes cartilages costaux, le bord droit à une ligne joignant l'insertion sternale du 2e cartilage costal droit à l'insertion sternale du 5e cartilage droit, le bord inférieur à une ligne partant du 5e espace intercostal droit, descendant un peu et remontant pour arriver soit au bord supérieur de la 6e côte, soit au bord inférieur de la 5e côte, soit au 4e espace intercostal gauche. Ainsi délimité, le cœur a un aspect triangulaire ou trapézoïde, avec trois ou quatre angles arrondis : un angle supérieur (à l'insertion des deuxièmes cartilages costaux), un angle inférieur droit (à l'extrémité sternale du cinquième cartilage costal droit), un angle inférieur gauche (pointe du cœur). J'ajoute que, dans la plus grande partie de son étendue, la face antérieure du cœur, recouverte par le poumon, n'est qu'en rapport médiat avec la paroi thoracique.

Il y a lieu de tenir compte, en outre, des rapports de l'oreillette gauche avec la paroi postérieure du thorax. Cette oreillette correspond à l'espace compris entre le bord gauche de l'omoplate gauche et le rachis, au niveau de la 6e vertèbre dorsale (vertèbre auriculaire), jusqu'à la 7e ou 8e vertèbre dorsale. L'oreillette droite est un peu au-dessous. La projection des oreillettes est intéressante à étudier pour le diagnostic de leur hypertrophie ou de leur distension.

On doit savoir également que les dimensions de cette projection de la face antérieure du cœur ne constituent pas les mesures réelles de l'organe. Vous avez deux choses à délimiter : l'une est profonde, c'est la grande matité ; l'autre est plus petite, superficielle, inscrite dans la précédente, c'est la matité absolue, qui correspond à la région libre du cœur, non recouverte par le poumon. Bouillaud recherchait seulement la matité absolue et sa pratique est encore adoptée en Allemagne et en France par MM. Grancher et Mercklen. Pour M. Mercklen, l'étude de la petite matité est plus facile et donne des renseignements suffisants. On peut objecter que cette matité est soumise intimement aux modifications des lames pulmonaires, à l'inspiration, à l'expiration, et qu'il n'est pas toujours facile — c'est même parfois dangereux, chez les asystoliques par exemple — d'arrêter la respiration, au cours de l'examen du patient. De plus, dans le cas d'emphysème, le poumon peut recouvrir entièrement le cœur. Pour ces différents motifs, Constantin Paul et Potain ont estimé préférable la recherche de la grande matité cardiaque. Celle-ci n'est impossible à déterminer que dans deux conditions : quand il y a emphysème considérable et quand le thorax est très œdémateux.

Les procédés de percussion du cœur sont assez nombreux. Je ne fais qu'énoncer en passant la technique de Corvisart et celle, plus compliquée, de Piorry. Deux mots seulement aussi de la méthode de M. Boudet, de Lyon. M. Boudet se contente de déterminer le claquement sigmoïdien de la base et la pointe du cœur : il mesure la distance entre ces deux points (8 cm. normalement) et il tire des déductions des variations de cette distance.

Le procédé de Potain est le suivant. Le malade étant de préférence couché, le doigt est appuyé profondément, incrusté pour ainsi dire, dans la paroi thoracique. On percute, en tenant compte des moindres modifications de tonalité. Dans la recherche de la grande matité, on va de la périphérie vers le centre, en suivant une série de lignes convergentes vers le centre du cœur. Vous établissez d'abord le siège de la pointe, puis les trois lignes-bords du cœur : la droite verticale, la gauche légèrement oblique, l'inférieure horizontale. Au point de vue clinique, on considère que la délimitation du bord supérieur du foie donne un repère intéressant quant à la fixation de la limite inférieure du cœur.

La petite matité se recherche non plus par le procédé convergent, mais par le procédé divergent. On se rappellera que la lame pulmonaire recouvrant la portion droite du cœur est verticale, que celle recouvrant la portion gauche est

oblique. Partant du centre, on percutera donc, horizontalement, vers la droite, et obliquement en haut, vers la gauche.

Les graphiques de ces matités seront gardés sur des papiers décalques, que l'on pourra, les fois suivantes, appliquer sur la paroi thoracique, pour comparer.

Comment mesure-t-on la superficie cardiaque ? Il est deux moyens de mensuration : le planimètre d'Amsler, instrument précis mais coûteux, et le procédé de Potain, plus simple. Le cœur, dit Potain, correspond à une sorte de triangle dont, par conséquent, la surface géométrique peut être déterminée en multipliant la base par la moitié de la hauteur (B × H × 0.50). En réalité, le triangle n'est pas tout à fait régulier et Potain a trouvé, en vérifiant ses calculs au planimètre d'Amsler, qu'il fallait multiplier par 0,83 et non par 0,50. On obtient ainsi la surface cardiaque, soit B × H × 0,83. Cette superficie, chez l'homme adulte, varie de 90 à 110 centimètres carrés (chiffre chez un homme vigoureux et bien musclé), chez la femme de 60 à 80 cent. carrés.

Deux mots sur la percussion des oreillettes. Elle se fait le malade étant assis, les épaules tombantes. L'oreillette gauche correspond à un demi-ovale, au niveau de la 6e vertèbre dorsale. Les dimensions de l'ovale sont de 2 cm. 1/2 à 3 cm. 1/2 normalement, et, à l'état pathologique, dans l'insuffisance et le rétrécissement mitral, de 6, 7, 8, 11 centimètres. Pour ce qui concerne l'oreillette droite, sa recherche, par ce moyen, n'a pas une aussi grande importance : vous êtes renseignés sur sa distension par son débord en dehors du bord droit du sternum.

On a fait quelques objections à la méthode de percussion de Potain. M. Tripier la trouve difficile et insuffisamment précise. L'insuffisance de précision disparaît, si l'on emploie un seul procédé, ce qui permet les comparaisons et les déductions cliniques.

On a objecté ceci : quand on examine sur le cadavre un cœur préalablement délimité sur le vivant, on ne trouve pas toujours les mêmes dimensions. Je le veux bien, mais l'état du cœur après la mort n'est pas nécessairement ce qu'il était pendant la vie. Par exemple, chez un sujet qui succombe à l'œdème pulmonaire, le cœur est contracté en systole, d'où un changement apporté aux constatations faites en clinique.

En fait, si l'on prend les choses dans leur généralité et que l'on considère un grand nombre de protocoles d'autopsies, on voit que là où la clinique disait « cœur gros », « cœur petit », l'autopsie le confirme, ce qui est l'essentiel. La radioscopie est venue montrer, également, de son côté, que la méthode de percussion cardiaque de Potain donne, en somme, des résultats suffisamment précis. Les renseignements qui nous sont fournis, grâce à elle, entrent pour une bonne part dans le diagnostic et le pronostic des cardiopathies. Dans nombre de cas, même, ces données de la percussion constituent l'élément clinique essentiel. Dans certaines lésions orificielles, dans bien des endocardites pariétales, le médecin ne commence à prendre garde qu'au moment où le cœur est distendu. La percussion cardiaque est alors un procédé de diagnostic véritablement révélateur. De même, pour le diagnostic des néphrites : les variations de la matité cardiaque, jointes ou non au bruit de galop, permettent une reconnaissance précoce de l'altération rénale. Ajoutez à cela que le cœur est beaucoup plus modifiable qu'on ne le pense : se dilate fréquemment sous l'influence d'exercices, d'efforts, de digestions laborieuses, ce qui indique un cœur qui se fatigue, qui est à surveiller, l'augmentation de volume pouvant persister à la longue. Eh bien ! la percussion vous fournira tous ces renseignements.

Des influences médiocres peuvent agir sur les dimensions du cœur. Nous en avons un exemple dans ce qu'on appelle le réflexe d'Abrams. Voici en quoi consiste ce réflexe : lorsqu'on fait, sur la région précordiale, des frictions avec une gomme ou du tapotage, il peut se produire, par voie d'excitation réflexe, une diminution de la matité cardiaque qui va parfois jusqu'au quart. Ce phénomène est passager quand le cœur est normal, sinon il est susceptible de durer plus longtemps. Il n'a pas lieu dans le cas de myocardite, de symphyse cardiaque, d'épanchement péricardique. Abrams a vu là un moyen de diagnostic différentiel des épanchements péricardiques et des affections similaires. Le réflexe d'Abrams, d'ailleurs, n'est qu'une des modalités des méthodes en usage depuis longtemps (applications chaudes, frictions, etc.) pour agir sur le volume du cœur.

Une percussion bien faite permettra encore de ne pas diagnostiquer à tout propos, comme on le fait souvent, l'hypertrophie du cœur chez les adolescents. Les signes attribués à cette hypertrophie sont pour la plupart sans valeur : tels, l'impulsion cardiaque énergique, le déplacement — difficile à apprécier — de la pointe. Le seul procédé d'estimation est la recherche de la matité cardiaque. Or, depuis 1893, sur une statistique de plus de 100 cas de sujets ayant, d'après les conseils de révision, de l'hypertrophie du cœur, je n'en ai pas trouvé un seul cas véritable.

On a voulu substituer la radiographie et la radioscopie à la percussion. Ces méthodes sont excellentes, mais elles ont des défauts. Elles réclament une instrumentation coûteuse, des malades susceptibles de se lever, d'aller à l'écran ; et puis, les images sont complexes, d'interprétation délicate. En un mot, elles ne sauraient se substituer à la clinique. La radiographie et la radioscopie, néanmoins, ont eu, entre autres choses, l'avantage de montrer que l'on pouvait avoir confiance dans le procédé de percussion de Potain. Elles ont permis de reconnaître certains signes, tels que les pulsations de l'aorte dans l'insuffisance aortique, etc.

Deux mots, enfin, d'indications générales sur les données fournies par la percussion cardiaque. Un agrandissement transversal de la matité traduit plus particulièrement une altération des cavités droites, et un agrandissement vertical une altération des cavités gauches. D'autre part, nous savons que, dans les cavités droites, la dilatation est plus commune que l'hypertrophie ; c'est le contraire dans les cavités gauches. L'augmentation de la matité postérieure indique une dilatation des oreillettes.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix).

ÉTUDES ET PROJETS

La Pharmacie aux Médecins.

L'idée du Dr Veillon, émise récemment dans *Le Concours* (n° du 22 juillet), effrayera, certes, les esprits routiniers. Elle n'en est pas moins intéressante et mérite d'être étudiée à fond.

Supprimer la barrière établie par la loi entre la médecine et la pharmacie, ne serait-ce pas favoriser les pires abus, compromettre gravement la santé publique ? Voilà ce que diront les opposants appuyés sur l'autorité des auteurs de la loi du 23 germinal, an XI. Sans doute, ceux-ci étaient animés des meilleures intentions, mais leur œuvre fut-elle efficace ? Voilà ce qu'il convient d'examiner.

Les médecins en respectèrent longtemps les prohibitions, mais les pharmaciens cessèrent bientôt de garder la même réserve. Rappelez-vous les dernières lignes de *Madame Bovary* : « Depuis la mort de Bovary, trois médecins se sont succédé à Yonville, sans pouvoir y réussir, tant M. Homais les a tout de suite battus en brèche. Il fait une clientèle d'enfer; l'autorité, le ménage et l'opinion publique le protègent. »

Au temps de Flaubert, M. Homais n'était qu'une exception ; aujourd'hui, il pullule. Tous, nous en connaissons des échantillons.

Je pourrais en citer un qui pratiquait cyniquement l'exercice illégal de la médecine, non seulement chez lui, mais allant visiter les malades chez eux jusqu'à 6 lieues à la ronde. Il a réussi mieux encore que son prédécesseur normand et il est parvenu à une beaucoup plus haute fortune politique.

Tous les pharmaciens, je le reconnais volontiers, n'agissent pas ainsi; mais ils cèdent facilement aux sollicitations du public. Bien des gens croient faire une économie en venant chercher à leur officine une consultation gratuite. C'est une économie habituellement illusoire, souvent fâcheuse pour leur santé; mais quelle loi pourra jamais forcer les gens à raisonner juste, à comprendre leurs intérêts ?

Les médecins, à leur tour, par suite des circonstances qui ont causé la crise actuelle, ont cherché, pour pouvoir vivre, et cherchent de plus en plus depuis quelques années, ce qu'on appelle maintenant les bénéfices para-médicaux. Loin de moi, d'ailleurs, la pensée de blâmer les organisateurs de semblables entreprises ou ceux qui en font partie. J'ai, moi-même, donné mon adhésion à l'un de ces groupements. La faute, si faute il y avait, serait surtout imputable et au public qui force pour ainsi dire les pharmaciens à violer la loi à notre détriment, et aux Facultés dont la production inconsidérées de docteurs est la cause fondamentale de notre gêne.

Il y a donc, de chaque côté de la fameuse barrière, un double courant de pénétration établi par la force des choses. Ce courant s'accroît tous les jours, et il est impossible de le supprimer tant que dureront ses causes. Je ne serais pas éloigné de croire, avec le Dr Veillon, qu'il vaut mieux abroger une loi, qui n'est pas et ne peut plus être respectée. La santé publique ne courrait aucun risque, si les médecins étaient autorisés à faire de la pharmacie. Quant aux abus, il ne s'en produirait pas plus qu'aujourd'hui. Un médecin qui veut exploiter abusivement le public, n'a pas besoin pour cela de lui vendre des médicaments. L'exercice de sa profession met suffisamment de moyens à sa disposition. Je me rangerais donc volontiers à côté de notre confrère pour demander la suppression de la défense faite aux médecins d'exercer la pharmacie.

Mais, je me sépare complètement de lui pour la suite. Son idée du pharmacien employé à la solde du médecin ne me séduit pas beaucoup. Je préférerais laisser à l'initiative de chacun le soin de s'adapter aux circonstances nouvelles. Je crois que la plupart des praticiens préféreraient garder pour eux tout le bénéfice de la vente des médicaments, au lieu de le partager avec un inutile employé. Ils feraient sans doute ce que font les médecins habitant des localités dépourvues de pharmacien. C'est ainsi que les choses se passent en Angleterre. Quant aux médecins très occupés, ils ne se donneraient pas cette peine. Comme aujourd'hui, ils rédigeraient des ordonnances que les pharmaciens exécuteraient, mais ils seraient libres d'établir, entre eux et les pharmaciens, telles conventions qu'il leur plairait. Les bazars pharmaceutiques, vendant au public, à force de réclame et de baisse de prix, d'énormes quantités de drogues médiocres, resteraient sans changement. De même pour les pharmacies scientifiques, où l'on fait surtout des analyses et des recherches de laboratoire.

Quant aux autres pharmaciens (la plus grande partie), je crois qu'ils seraient fort éprouvés par ce changement. C'est, je crois, la principale objection à faire à notre confrère. La santé publique n'y perdrait rien, bien au contraire, de nombreux centres d'exercice illégal de la médecine étant supprimés; mais les pharmaciens lésés élèveraient d'énergiques et légitimes protestations. Aussi, mes préférences seraient-elles pour un autre projet que j'ai exposé dans *Le Concours* du 19 novembre 1904 et qui consiste en la limitation du nombre des médecins. J'ajouterai aujourd'hui, pour le compléter, la même proposition pour les pharmaciens. Les raisons que j'ai fait valoir pour pratiquer ainsi une sélection sévère parmi les futurs médecins, ont la même valeur pour les pharmaciens, et les objections qu'on pourrait faire valoir vis-à-vis de ceux-ci n'ont pas plus de valeur que vis-à-vis de ceux-là.

Les membres du *Concours* ont, j'en suis sûr, complètement oublié ce que j'ai dit à ce sujet. Je ne veux cependant pas leur en infliger la répétition. Je tiendrai seulement à rappeler, puisque la réforme des études médicales est toujours à l'ordre du jour, que je proposais la réorganisation des Facultés de médecine, sur le pied des grandes écoles scientifiques, Centrale en particulier : Concours d'admission à l'entrée; examens partiels fréquents ; examens de fin d'année sévères, avec obligation de redoubler l'année en cas d'échec ; élimination définitive en cas d'insuffisance constatée par l'examen de l'année suivante ; enseignement pratique et complet de tout le programme, etc.

Je crois que ce serait la meilleure solution pour les médecins comme pour les pharmaciens et encore plus pour le public. Il serait alors possible et facile de faire respecter par tout le monde intégralement la loi de germinal an XI.

A défaut de cette solution, je me rattacherais volontiers à celle du Dr Veillon : autorisation pour tous les médecins de faire la pharmacie.

Dr E. Dupont
(Villiers-Saint-Georges).

CHRONIQUE DU "SOU MÉDICAL"

La collaboration des médecins à la révision du Code civil.

En l'an de grâce 1904, le «Sou Médical», toujours vigilant et informé, pria M. Vallé, garde des sceaux, de faire représenter le corps médical dans la commission qu'il venait de constituer pour la révision du code civil. Nous estimions pouvoir donner comme Paul Hervieu, Marcel Prévost et autres profanes, d'utiles indications provenant de notre rôle d'observateurs et de confidents constamment rempli dans tous les milieux. Mais le ministère tomba.

La commission a survécu. M. le Dr Lacassagne a demandé à l'Académie de médecine, par la

communication suivante, de reprendre notre projet. Nous lui souhaitons plein succès, et nous nous plaisons même à espérer que la révision touchera beaucoup d'autres points que ceux par lui passés en revue dans la note ci-dessous.

La Révision du Code civil,

par M. A. Lacassagne,

Correspondant national de l'Académie de médecine.

Je me propose de rechercher le rôle et la contribution que les médecins peuvent apporter dans cette révision. Dès l'an dernier, je désirais attirer l'attention de l'Académie sur cette question ; mon ami Brouardel m'y avait vivement engagé. Je regrette aujourd'hui que la maladie le tienne éloigné de nous : j'aurais eu plaisir à être soutenu par son regard doux et bon. Permettez-moi de lui envoyer ce témoignage de sympathie et mes vœux de prompt rétablissement.

Pour la justice contemporaine, le Droit civil a sa source dans les deux mille deux cent quatre-vingt-un articles du Code civil, paru en 1904 ; il a reproduit, en les modifiant, les ordonnances du Code Louis, de 1667, les arrêtés de Lamoignon, de 1672, les ordonnances publiées en 1731 par d'Aguesseau, sur les donations, les testaments, les substitutions ; il y a joint les principes nouveaux apparus en 1791 et 1792, touchant la famille, et surtout le mariage devenu contrat civil, l'admission du divorce, la suppression des droits d'aînesse et de masculinité. On l'a appelé, à juste titre, le Code du bon sens et de l'équité. Il fut surtout « une assise de propriété », et une réglementation des droits qu'elle confère sous cette notion de la propriété intangible.

Les sociétés se modifient avec le temps, des lois nouvelles s'imposent, et, à notre époque, ces transformations sont fréquentes. Les principes fondamentaux restent. On les trouve dans les documents les plus anciens. Ainsi, les lois de Hammurabi et l'antique droit babylonien (publiés en 1902 par le Père Scheil, dans les mémoires de M. Morgan) ont été étudiés par Dareste et Lagrange : ce sont les restes d'une civilisation existant 2.300 ans avant notre ère, c'est-à-dire un code de droit privé rédigé par un contemporain d'Abraham.

La Commission de l'an VIII avait dit : « Les Codes des peuples se font avec le temps ; mais, à proprement parler, on ne les fait pas. » Et, c'est la loi générale de l'évolution qui se vérifie ici et s'affirme ; or, les œuvres sociales ne peuvent durer qu'à la condition de se modifier, de se transformer, pour s'adapter aux nouveaux besoins de la collectivité.

M. Ballot-Beaupré, dans un discours à propos du centenaire du Code civil, a dit : « Le juge ne doit pas s'attarder à rechercher obstinément quelle a été, il y a cent ans, la pensée des auteurs du Code en rédigeant tel ou tel article ; il doit se demander ce qu'elle serait si le même article était aujourd'hui rédigé par eux ; il doit se dire, qu'en présence de tous les changements qui, au XIXe siècle, se sont opérés dans les idées, dans les mœurs, dans les institutions, dans l'état économique et social de la France, la justice et la raison commandent d'adapter libéralement, humainement, le texte aux réalités et aux exigences de la vie moderne. »

Ces modifications incessantes, quotidiennes, inévitables de quelques particularités se rapportant au Code, ont incité, au moment même où l'on célébrait son centenaire, à en pratiquer une refonte complète destinée à le mettre au courant des progrès accomplis par la sociologie, par le droit ; nous voudrions ajouter : par les sciences biologiques.

La Commission nommée à cet effet comprend d'abord une pléiade de magistrats : le premier président de la Cour de Cassation, qui est en même temps président de la Commission, les présidents de Chambre de cette même Cour, puis des présidents de Cours d'appel et des procureurs de la République. Elle comporte, en outre, des sénateurs, des députés, des avocats, des professeurs de droit, parmi lesquels on s'étonne de ne pas voir figurer un seul civiliste, des directeurs ou chefs de cabinets de ministres, et, enfin, quelques hommes de lettres.

Ce n'est point ici le lieu de relever les critiques qu'a soulevées la composition de cette liste.

On a souligné la présence des fins lettrés que sont MM. Paul Hervieu, Marcel Prévost et Brieux. Et, d'ailleurs, M. Paul Hervieu s'est chargé de montrer les avantages dont la Commission sera redevable à la présence d'un académicien, en proposant, par exemple, de ne point oublier, parmi les devoirs attachés à l'état de conjoint, le plus essentiel de tous.

Cette Commission s'est divisée en dix sous-commissions, et, une d'elles, la cinquième, a examiné la question de la puissance maritale et admis, en principe, l'égalité des droits des époux. C'est devant elle que M. Paul Hervieu s'est plaint que le mot « amour » ne soit pas inscrit dans le Code civil, et que, nulle part, on n'ait précisé pour les époux « l'obligation de s'aimer ».

L'article 212 est ainsi rédigé : les époux se doivent mutuellement *amour*, fidélité, secours, assistance. Donc, l'amour sera dorénavant le premier des devoirs conjugaux.

On ne nous dit pas encore s'il y aura une sanction ou un contrôle.

Pas un médecin ne fait partie de cette Commission. Leur présence a-t-elle été jugée inutile, ou bien les juristes sont-ils fixés sur les problèmes d'ordre biologique ou médical posés par le Code civil.

Le Garde des sceaux dit que depuis 1804, plusieurs Etats étrangers ont promulgué des Codes civils qui, tout en s'inspirant de la législation de notre pays, l'ont modifiée en certaines parties par l'adoption des principes nouveaux.

La Commission est instituée « pour rechercher dans les législations civiles étrangères et dans les travaux parlementaires de notre pays, les solutions juridiques qui, ayant réalisé un progrès, pourraient aujourd'hui prendre une place légitime dans le Code civil de France ».

Est-ce un travail de révision ou de refonte ? De nombreux chapitres du Code, ceux qui s'occupent des biens, de la propriété, demandent peu de modifications. Il n'en est pas ainsi pour le livre premier qui s'occupe des Personnes, dans son titre deuxième : *Des actes de l'état civil.*

Je me propose, en insistant sur ces « actes », d'indiquer brièvement, en autant de paragraphes distincts, sur l'intervention des médecins dans l'application des articles du Code, à propos de la *capacité civile*, de l'*ouverture des successions*, des *délits et des quasi délits.*

1° *Des actes de l'état civil* (Code civil, livre I, titre 2, art. 34 à 101. — *Du mariage*, titre 5, art. 144 à 311. — *De la paternité et de la filiation*, titre 7, art. 312 à 342).

Il faut s'occuper d'abord des questions qui se rattachent à la naissance et en particulier à la *durée* de la grossesse, la désignation du sexe et la viabilité.

La question de savoir quelle est la durée de la grossesse doit être revue. Elle est soulevée par les articles 312 à 317 du Code, concernant le désaveu de paternité, et les articles 331 et 340, traitant, le premier de la légitimation des enfants naturels, s'ils ne sont ni incestueux, ni adultérins, et le second de la recherche de la paternité, lorsque la date de l'enlèvement coïncide avec la date de la conception. La loi fixe un minimum et un maximum de durée pour la gestation : elle admet que la grossesse peut varier entre six mois (du calendrier révolutionnaire) et dix mois, ce qui donne, exactement cent quatre-vingts et trois cents, les mois révolutionnaires comportant un nombre invariable de trente jours. Le comput des jours s'établit suivant une supputation assez complexe, et la question se pose de savoir

s'il faut compter *de die ad diem* ou *de hora ad horam* (1).

Le premier mode d'évaluation semble bien rigoureux, d'autant qu'il faut tenir compte de la durée du travail, et que des accouchements commencés dans la limite où la loi protège l'enfant en lui attribuant la légitimité, peuvent se prolonger vingt-quatre ou quarante-huit heures, s'il s'agit d'une primipare, d'un enfant volumineux, ou s'il se présente quelque complication.

On peut dire que les enfants qui naissent en possession de la légitimité sont : 1° l'enfant *conçu* pendant le mariage, quelle que soit l'époque de sa naissance ; 2° l'enfant *né* pendant le mariage, quelle que soit l'époque de sa conception.

Il semble bien que la véritable sagesse serait de procéder à l'examen de l'enfant toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un cas limite. Un enfant d'un peu moins de cent quatre-vingts jours peut être légitime s'il n'est pas à terme et qu'il y ait accouchement prématuré, même spontané. D'ailleurs, les lois allemande et autrichienne prescrivent l'examen de tous les enfants qui naissent avant deux cent dix jours. En Prusse, la légitimité va jusqu'à trois cent deux jours et en Angleterre, jusqu'à trois cent onze jours. En Amérique, la loi ne fixe pas de date pour la durée de la grossesse. Par contre, comme je viens de le dire, un enfant d'un peu plus de trois cents jours aurait pu, peut-être, venir au monde dans le délai requis s'il n'avait été exceptionnellement volumineux, ou si l'accouchement ne s'était anormalement prolongé. Nous proposons d'ajouter à l'article 312 un paragraphe ainsi conçu :

« Toutefois, quand la naissance de l'enfant a lieu « dans les limites extrêmes indiquées par le para« graphe précédent, il pourra y avoir contestation et « des experts pourront être consultés. »

Signalons, en passant, et avant de quitter ce sujet, la nécessité d'insérer dans le Code pénal, ou mieux dans le Code d'instruction criminelle, un article où serait prévu le cas des femmes enceintes appelées à répondre d'un crime devant la Cour d'assises. Leur situation spéciale les met évidemment en état d'infériorité, les rend incapables de supporter les émotions violentes et rend leur défense plus difficile. Ces raisons d'humanité devraient faire remettre constamment leur comparution, et un article pourrait être rédigé dans ce sens :

« En raison de son état de grossesse, l'accusée ne « peut supporter les débats et l'affaire doit être ren« voyée à une session ultérieure ».

Nous désirerions même que toute prévenue en état de grossesse, soit placée dans des conditions hygiéniques convenables, surtout dans l'intérêt de son enfant, qui ne doit pas avoir à souffrir de l'incarcération de sa mère.

N'y aurait-il pas lieu, enfin, comme le demande Pinard, de réglementer, par une décision spéciale du Code, le travail des femmes pendant les derniers temps de la grossesse ? Il est certain qu'en particulier les femmes enceintes non mariées, les filles-mères, travaillent jusqu'au moment de leurs couches. Il en résulte une mauvaise grossesse, d'où de graves dangers pour la mère et pour l'enfant ; il y a là menace d'un mal social double dont le Code pourrait et devrait tenir compte.

A la question de la grossesse se rattachent celles de la superfécondation et de la gémellarité, auxquelles le Code civil ne fait pas allusion et qui ont cependant quelque intérêt.

Il faut savoir que, chez une même femme, il peut y avoir, par suite d'un seul ou de plusieurs coïts avec des individus différents, fécondation de plusieurs ovules. Quand des enfants viennent au monde à un ou deux jours d'intervalle, on ne peut pas dire s'ils sont jumeaux, ou le produit de deux conceptions différentes.

Le plus souvent, les jumeaux ne présentent pas le même développement, et il peut arriver que l'un d'eux naisse viable avant le cent quatre-vingtième jour du mariage. Serait-il donc illégitime, tandis que son frère, né quelques jours après, aurait tous les avantages de la légitimité (1) ? Dans ces cas, cependant, les deux jumeaux peuvent parfaitement provenir d'un coït fécondant de même date, car ce qu'on appelle la *superfétation* n'existe pas. Dès que l'embryon est fixé dans l'utérus et qu'il s'enveloppe des membranes, il n'y a plus possibilité d'une fécondation nouvelle. La différence de développement qu'on constate entre deux produits de conception simultanée provient d'une différence dans la nutrition et, plus particulièrement, dans le mode d'insertion du cordon sur le placenta.

De deux jumeaux quel est l'aîné ? On disait autrefois : *prior egressus, prior natus*. Il semblerait peut-être, quand la naissance de deux fœtus est faite à peu de distance, de considérer comme aîné celui qui pèse le plus. La question se pose juridiquement, soit à cause des majorats dont le rachat s'est fait l'an dernier, soit parce qu'il y a donation entre vifs ou testament en faveur de l'aîné. Or la loi ne précise pas à qui appartient l'aînesse. Ne pourrait-on pas insérer dans le Code un article ainsi conçu :

« L'ordre dans lequel les enfants sont nés fixe « l'ordre dans lequel il devront être inscrits sur « les registres de l'état civil » (2).

Les articles 55 et 56 disent comment et par qui doit être faite la *déclaration de naissance*. L'article 55 précise que l'enfant nouveau-né doit être présenté à l'officier de l'état civil. Or cet article, qui n'a jamais été abrogé, contient une impossibilité matérielle qui a fait tomber en désuétude l'obligation indiquée par le dernier membre de phrase. Il est de toute évidence que le transport à la mairie d'un enfant de moins de trois jours (puisque tel est le délai fixé par l'article 55) peut, dans certaines conditions, fréquentes, de température extérieure, ou de santé de l'enfant, entraîner la mort de celui-ci ou, tout au moins, une affection grave. Une disposition de 1792 qui n'a pas été abolie d'une façon formelle, obligeait, dans le cas où l'enfant n'était pas jugé transportable, l'officier de l'état civil d'aller lui-même au domicile de la mère, constater l'existence de l'enfant déclaré. Le code civil n'ayant pas reproduit ce texte, les maires et adjoints en profitèrent pour exiger l'application intégrale de l'article 55 ; les nécessités pratiques relâchèrent peu à peu ce que cette coutume avait de trop rigoureusement absolu et de nos jours la présentation de l'enfant ne se fait plus en aucune commune.

---

(1) Voici le texte primitif de l'article 315 (texte proposé par le Tribunat): « La loi ne reconnaît pas la légitimité de l'enfant né trois cent et un jour après la dissolution du mariage ». D'après les juristes, le texte actuel implique au contraire que l'illégitimité n'existe que s'il y a un jugement (sa légitimité.., pourra être contestée), dans les cas, bien entendu, où il ne s'agit que d'un jour ou deux, et on ajoute ; « sans quoi l'enfant est évidemment naturel. »

(1) On ne peut pas dire d'un enfant né dans les cent quatre-vingts jours qui suivent la célébration du mariage qu'il est illégitime.

D'après beaucoup d'auteurs, il est légitime et voilà pourquoi la loi autorise le mari à le désavouer, s'il n'est pas de lui. — On ne désavoue que les enfants légitimes.

Suivant d'autres jurisconsultes, il est légitimé — — et voilà pourquoi, si la conception est entachée du vice d'adultère, il ne peut pas être légitimé (art. 331).

La question est d'ailleurs très discutée.

Ce serait seulement, dans la seconde opinion, lorsque la légitimation est impossible, que l'enfant devrait être traité comme enfant naturel, et naturel simple, sa filiation n'étant établie qu'à l'égard de la mère.

(2) La question est d'autant plus intéressante que, chaque année, en France, il y a une moyenne de 9.644 grossesses doubles pour 985.923 grossesses générales, c'est-à-dire 9.78 grossesses doubles pour 1.000 grossesses générales.

La naissance de l'enfant doit, dit l'article 56, être *déclarée* « par le père, ou à défaut du père, par les docteurs en médecine, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement... ». Cet article est corroboré par les sanctions prévues à l'article 346 du Code pénal. Or, il y a opposition entre l'article 56 obligeant, dans certains cas, le médecin à déclarer une naissance et l'article 378 qui impose le secret professionnel. La jurisprudence actuelle (jugement du tribunal de la Seine du 30 novembre 1875, affaire du Dr Berrut) est que *dans leur déclaration les médecins ne sont tenus que d'indiquer le jour et l'heure de la naissance, ainsi que le sexe de l'enfant, ses prénoms, sans dire le nom de la mère ni le lieu ou l'accouchement s'est fait.* Tel devrait être le paragraphe complémentaire à ajouter à l'article 56.

Nous voudrions aussi une définition du «nouveau-né». Elle est necessitée par l'emploi de ce terme, soit dans le Code civil, soit dans le Code pénal (infanticide). Des définitions multiples ont été proposées (1). Nous croyons qu'on pourrait se ranger à celle-ci : *L'enfant est nouveau-né pendant tout le temps assez rapproché de la naissance, qui permet de constater que cet enfant perd ses caractères fœtaux et s'adapte à la vie extra-utérine.*

L'acte de naissance, dit l'article 57, énoncera «le sexe» de l'enfant. Les sexes admis par le Code sont au nombre de deux : masculin et feminin. La loi de 1804 leur attribue les devoirs et des droits particuliers. On ne pouvait aller plus loin et mieux faire à une époque ou l'embryologie n'existait pas, mais on ne peut méconnaître aujourd'hui les monstruosités et les anomalies. La loi doit parler des hermaphrodites. Or, non seulement le Code civil, mais la doctrine même s'en désintéressent. Et cependant de cette lacune résultent les inconvénients ou dommages suivants :

1° Une éducation vicieuse dans le monde, une fausse situation pour les enfants et les adolescents ;

2° Des mariages antinaturels ;

3° Une atteinte portée a la morale et un dommage causé au conjoint dont le mariage peut être suivi de nullité.

Au moment de la naissance, le diagnostic du sexe est souvent fort difficile, parfois tout à fait impossible. Comme il faut opter cependant puisque la loi n'admet pas de tergiversation, on se détermine après avoir tenu conseil avec les commères du voisinage, alors que l'avis même du praticien eût pu être hésitant. Et c'est ainsi qu'on voit tous les ans des femmes convoquées devant le conseil de révision. On s'étonne de constater l'effarement des juristes devant des questions de cette nature, et de les entendre dire, comme Laurent (*Principes du droit civil*, t. II, p. 306) : « qu'il est à peine possible de traiter ces matières dans un ouvrage scientifique ». Il est cependant nécessaire de s'en occuper, puisque l'article 180 a prévu la nullité du mariage lorsqu'il y a erreur dans la personne.

Les jurisconsultes romains rangeaient les hermaphrodites dans le sexe qui paraissait prédominer.

Il en était de même dans l'ancien droit français. Denisart dit que les hermaphrodites sont réputés être du sexe qui prévaut en eux, et il ne leur est pas permis de préférer l'autre, les peines les plus sévères étaient prononcées contre ceux qui enfreignaient cette dernière prohibition.

Le Code civil (art. 55) n'est pas assez prévoyant. Le 10 août 1816, le Garde des sceaux s'exprimait ainsi : « Les erreurs de la nature, rares heureusement, ne doivent pas être approfondies lorsqu'elles se présentent, et c'est aux individus qu'elles concernent ou à leurs parents à choisir le sexe qui parait leur convenir ».

C'est du reste ce qui se passe en Allemagne. Le Code bavarois dit : « Les hermaphrodites auront l'état que les experts leur assigneront ou qu'ils se seront eux-mêmes attribué. »

Le Code prussien s'exprime de la même façon ; « Lorsqu'il naît un hermaphrodite, les parents décident à quel sexe ils veulent que l'enfant appartienne. — A l'âge de dix-huit ans révolus, l'hermaphrodite a le droit de choisir son sexe. — D'après ce choix, ses droits sont fixés à l'avenir. — Si les droits d'un tiers dépendent du sexe du prétendu hermaphrodite, celui-là peut réclamer l'examen d'un expert. — Le résultat de l'expert décide aussi bien contre le choix de l'hermaphrodite que contre le choix des parents.» Le Code autrichien contient des dispositions analogues.

Nous proposons en conséquence de modifier ainsi qu'il suit l'article 57 :

« Tout nouveau-né sera soumis à l'examen médical. L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure, le lieu de naissance, le sexe, mais seulement quand celui-ci sera absolument certain.

« Quand il y aura doute sur le sexe, il sera sursis « jusqu'a puberté (de quatorze à vingt ans). Pendant cette époque, sur sa demande, ou au commencement de la vingtième année, le sujet « sera soumis, après décision du tribunal de première instance, à un examen médical qui statuera « sur le sexe et l'inscription comme homme, femme « ou neutre sur les registres de l'état civil. En attendant un jugement du tribunal civil l'acte de naissance portera, en marge, les lettres S. D. (Sexe « douteux. »

Si l'hermaphrodite est marié, il y a un cas de nullité de mariage prévu par l'article 180, auquel il faudrait ajouter la paragraphe suivant ;

« Les vices de conformation des organes génitaux qui constituent manifestement une impossibilité absolue dans l'accomplissment fructueux de « l'acte sexuel, et créent l'erreur de la personne « physique, sont une cause formelle de nullité de « mariage. »

En dehors des anomalies portant sur les organes génitaux, il existe une série de déformations anatomiques, qui constituent les monstres. Nulle mention n'en est faite dans le Code. La doctrine seule s'en est préoccupée.

On pourrait ajouter après l'article 57 un paragraphe additionnel ainsi conçu : « Tout monstre double à deux têtes, qu'il ait ou non deux corps séparés, doit être considéré comme deux. Tout monstre à une seule tête, qu'il ait ou non deux corps, « n'est qu'un seul individu. »

Aux questions de malformations congénitales, se rattache étroitement celle de la *viabilité*, la plus délicate et la plus importante de celles dont le droit civil demande la solution à la médecine légale.

L'étude de la viabilité est nécessitée par l'interprétation des articles suivants :

« 312. L'enfant conçu pendant le mariage a pour père le mari.

Néanmoins, celui-ci pourra désavouer l'enfant s'il prouve que pendant le temps qui a couru depuis le trois centième jusqu'au cent quatre-vingtième jour avant la naissance de cet enfant, il était, soit pour cause d'éloignement, soit par l'effet de quelque

(1) En droit romain, la signification de *recens natus* est celle de *sanguinolentus*. Un enfant est nouveau-né tant qu'il n'a pas reçu des soins de propreté. Olivier (d'Angers) et Billard ont proposé de limiter cette période de l'enfance, soit à la chute du cordon, soit à la formation de la cicatrice ombilicale. Or, l'élimination du cordon qui, chez certains enfants, se fait trente-six ou quarante-huit heures après la naissance, peut ne se montrer chez d'autres qu'après six ou huit jours. Tardieu, s'appuyant sur un arrêt de la Cour de cassation de 1835, dit : « Le nouveau-né est l'enfant au moment où il vient de naître ou dans un temps très rapproché de celui de la naissance. » Parrot, se plaçant sur le terrain clinique, en a donné la définition suivante : « L'enfant nouveau-né est celui qui, à terme ou non, viable ou non viable, n'a pas dépassé le deuxième mois de la vie extra-utérine. »

accident, dans l'impossibilité physique de cohabiter avec sa femme.

313. Le mari ne pourra en alléguant son impuissance naturelle, désavouer l'enfant. Il ne pourra le désavouer, même pour cause d'adultère, à moins que la naissance ne lui ait été cachée, auquel cas il sera admis à proposer tous les faits propres à justifier qu'il n'en est pas le père.

314. L'enfant né avant le cent quatre-vingtième jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari dans les cas suivants :1° s'il a eu connaissance de la grossesse avant le mariage ; 2° s'il a assisté à l'acte de naissance, et si cet acte est signé de lui, ou contient sa déclaration qu'il ne sait signer ; 3° *si l'enfant n'est pas déclaré viable.*

315. La légitimité de l'enfant né trois cents jours après la dissolution du mariage pourra être contestée.

725. Pour succéder, il faut nécessairement exister à l'instant de l'ouverture de la succession.

Ainsi sont, incapables de succéder :

1° Celui qui n'est pas encore conçu ;

2° L'enfant qui n'est pas né *viable.*

906. Pour être capable de recevoir entre vifs, il suffit d'être conçu au moment de la dotation ; par testament, il suffit d'être conçu à l'époque du décès du testateur.

Néanmoins, la donation ou le testament n'auront leur effet qu'autant que l'enfant sera né *viable.* »

Or, l'application de ces articles, forts clairs en apparence, est rendue quelque peu difficile par ce fait que, nulle part, la viabilité n'y est définie (1).

Les médecins ont dit : « La viabilité est l'aptitude à la vie extra-utérine. » (Ollivier d'Angers.)

Pour Tardieu : « Être né viable, c'est être né vivant et avoir vécu d'une vie autre que la vie intra-utérine, et présenter en outre un développement général, une conformation et un état de santé non incompatibles avec la continuation définitive de la vie. »

Nous admettons qu'il n'y a viabilité que lorsqu'il y a eu existence atmosphérique, c'est-à-dire mise en jeu des organes propres de l'enfant, pour la respiration et la circulation. L'enfant peut être à terme, bien organisé,qu'importe: il faut qu'il ait vécu d'une vie indépendante de celle de la mère.

Pour affirmer et préciser ces faits, il faut donc faire appel à des experts.

C'est pour cela, sans doute, que la condition de la viabilité n'était pas exigée en droit romain. Il n'y avait pas, d'ailleurs, à cette époque, de médecins assez instruits sur ces questions. Ainsi les problèmes d'ordre biologique, ceux qui doivent préoccuper le législateur à notre époque, n'étaient pas posés dans ces législations primitives. La loi exigeait du nouveau-né qu'il fût vivant : il n'a pas été parlé de viabilité dans les législations du moyen âge, et jusqu'à la fin du XVIII° siècle. C'est le Code civil français qui en a fait la première mention.

La raison qui a fait introduire dans notre législation ce concept nouveau, repose vraisemblablement sur l'ignorance où l'on était à cette époque de certaines notions, aujourd'hui très claires, d'embryologie, de gynécologie, d'obstétrique et d'anatomie pathologique. Il y avait alors la doctrine des *môles* ou masses. On nommait ainsi toutes sortes de tumeurs qui, après s'être développées dans le corps de la matrice, s'en détachaient à un moment donné; et l'on confondait de la sorte, sous un vocable unique, des fœtus incomplètement développés,des fibromes, des produits d'exfoliation muqueuse de l'utérus,des portions de placenta, des polypes, des kystes hydatiques, etc. Ce terme général de môle ne désignait en définitive rien de précis. Il était destiné à disparaître devant des diagnostics plus exacts.

Il faut l'avouer, c'est l'interprétation abusive donnée à un fait inexact qui a fait jouer un grand rôle à ces môles dans la question de la grossesse. On a craint de voir dans des cas multiples les droits (ceux de succession par exemple) qui s'attachent à l'enfant passer à des môles qui n'étaient nullement des personnes vivantes, et on a exigé que le produit de conception fût bien un être animé d'une vie propre, un être viable.

La plupart des nations européennes qui, au XIX° siècle, prirent notre Code civil pour modèle, adoptèrent la notion de viabilité. Il n'en a pas été ainsi pour l'Angleterre: le Code anglais ne parle nulle part de la condition de viabilité.

Le mot même n'en est pas prononcé dans le nouveau Code allemand. Toutefois, la loi admet le désaveu de paternité quand l'enfant naît moins de deux cent dix jours (sept mois) après la célébration du mariage.

Au contraire, le Code civil italien (art. 725) spécifie que « dans le doute, l'enfant né vivant sera réputé viable ». En Espagne,l'article 30 du Code civil exige que l'enfant ait « figure humaine » et vive vingt-quatre heures « complètement séparé de sa mère », pour être compté pour une personne.

Les adversaires de la doctrine du Code français disent: La capacité de la personne est inviolable; elle est constituée au moment de la naissance et dès lors on ne peut la restreindre ou la soumettre à des conditions dépendant de la durée de l'existence. Il ne faut pas assimiler les droits du fœtus pendant la vie intra-utérine à ceux de l'enfant nouveau-né.

Toutes les législations ont consacré ce principe pour les droits conférés à l'enfant pendant la vie intra-utérine; c'est qu'il doit naître vivant. Donc dans le sein maternel, il n'est pas une *personne* au sens juridique du mot comme d'ailleurs au sens scientifique, puisqu'il se développe alors comme un parasite.

L'exagération de notre Code est d'exiger de l'enfant, non seulement qu'il soit vivant, mais encore qu'il soit viable, c'est-à-dire qu'il soit apte à continuer à vivre.

Sans doute,le législateur avait le droit d'exiger la vie et la viabilité. Le fâcheux, c'est que, ne pouvant apprécier celle-ci par lui-même, il demande l'opinion d'experts. Or il arrive que, le plus souvent les médecins sont dans l'impossibilité de reconnaître les caractères de la viabilité. La jurisprudence a établi que la viabilité est présumée toutes les fois qu'il y a eu vie. Aussi l'expert ne fait-il pas la preuve de la viabilité, mais la recherche des signes de non-viabilité. Si celle-ci n'est pas établie d'une façon précise et certaine, la présomption reste en faveur de la viabilité.

La viabilité est donc une restriction apportée aux droits échus à l'enfant pendant son existence intra-utérine. Le Code civil ne reconnaît ses droits au fœtus que lorsqu'il est devenu un enfant, une personne dont l'existence se manifeste d'une façon certaine.

Les conditions de la viabilité que l'expert aura à rechercher seront donc les suivantes (1):

1° La *vie*, dont on fera la preuve par les docimasies pulmonaire, otique, gastro-intestinale, hépatique, etc.

2° La *maturité suffisante*, au sujet de laquelle la loi ne fixe aucune règle. Elle ne dit pas qu'il faut déclarer viables les enfants qui à la naissance ont atteint le terme de six mois de la grossesse. Dans l'article 314,il est dit que l'enfant né avant le cent quatre-vingtième jour ne pourra être désavoué par le mari *si l'enfant n'est pas né viable*.

Or, comme les médecins peuvent être embarassés pour caractériser cette viabilité, la loi a spécifié:

(1) Julien Laferrière. — *De la viabilité.* Thèse de Lyon, 1901.

(1) Cf. Planiol estime qu'il ne faut pas considérer comme viables: 1° les enfants normalement conformés qui naissent avant terme, à une époque où le développement de leurs organes n'est pas assez avancé pour leur permettre de vivre ; 2° les enfants monstrueux comme les acardiens, les acéphales et autres, chez lesquels la vie s'arrête dès que le cordon ombilical est coupé.

on pourra juger de cette viabilité selon que l'enfant est né avant ou après le septième mois de la grossesse.

Pour les médecins, à quel âge commence la viabilité ? Il y a quinze ou vingt ans, on disait qu'un enfant ayant moins de deux cent dix jours de gestation ne pouvait pas vivre. Tout enfant pesant moins de 1.500 grammes était condamné à une mort inévitable.

En réalité, ces enfants mouraient de froid. Par l'usage de la couveuse, Tarnier, de 1881 à 1886, a sauvé des enfants prématurés dans une proportion assez élevée ;

3° Une *bonne conformation* ; et encore pour entraîner la non-viabilité, faut-il que la mauvaise conformation soit au-dessus des ressources de la chirurgie. Or, ces cas, à notre époque, sont de plus en plus rares ;

4° *L'absence de toute maladie* contractée pendant la vie intra-utérine, qu'il s'agisse de lésions aiguës ou d'affections chroniques, comme la syphilis.

En résumé, toutes les fois qu'il y a vie, il y a présomption de viabilité. A la suite des articles qui exigent la viabilité, il faut ajouter cette clause : *L'enfant sera considéré comme viable toutes les fois qu'il sera né vivant ; sa non-viabilité ne pourra être déclarée que lorsqu'elle aura été établie d'une façon certaine par les constatations médicales.*

Je serai plus court pour ce qui concerne les actes de l'état civil relatifs au mariage et au divorce, à la mort.

Le titre : *Du mariage*, touche à la médecine par les questions de la puberté, des limites de la fécondité, de la consanguinité (parents consanguins, utérins, germains), de l'âge au moment du mariage, de la nullité du mariage (art. 180), du divorce (art. 234 à 311).

5° Est-ce que le médecin ne devrait pas être consulté à propos de ces aptitudes au mariage qu'a indiquées Pinard ? Par exemple, l'âge fixé par la loi pour le mariage de l'homme ne devrait-il pas être celui de la majorité ?

Ne doit-on pas favoriser toutes les conditions qui empêchent la dégénérescence héréditaire, ainsi dans les cas d'aliénation et d'épilepsie, manifestes et chroniques, etc., etc. ?

La déclaration des décès, les vérifications de décès, les choix de procédés de sépulture (loi du 15 novembre 1887 et décret du 27 avril 1889) doivent aussi fixer notre attention et demandent certaines modifications.

L'article 77 dit : « Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation de l'officier de l'état civil qui ne pourra la délivrer *qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès.* » Nulle part, l'officier de l'état civil ne procède à cette formalité légale. A Paris seulement, un médecin est spécialement chargé de ces sortes de constatations, parfois difficiles et pour lesquelles en tout cas un homme non instruit de ces questions particulières ne saurait donner un avis compétent. Dans les autres villes, il n'y a pas de médecin désigné pour ce service et la loi est purement et simplement inexécutée (1).

Il semble que de pareils textes ne sauraient être maintenus, puisqu'ils ont été reconnus impraticables. La loi ne peut prescrire que des choses possibles, et il apparaît comme nécessaire d'introduire un article spécifiant que les naissances et les décès seront, dans toute la France, et non plus seulement à Paris, constatés par un médecin *ad hoc* dont l'attestation suppléera le certificat de naissance ou de décès actuellement délivré par un médecin quelconque, et s'ajoutera à la déclaration des deux témoins prévus par les articles 55 et 77.

La déclaration des mort-nés est réglée par un décret du 4 juillet 1806 : « Lorsque le cadavre d'un enfant, dont la naissance n'a pas été enregistrée, sera présenté à l'officier de l'état civil, cet officier n'exprimera pas qu'un tel enfant est décédé mais seulement qu'il lui a été présenté sans vie. » Différentes circulaires des préfets de Paris aux maires de cette ville (8 juillet 1863, 28 novembre 1868, 15 janvier 1869) leur ont tracé les règles suivantes : La catégorie des mort-nés ne doit comprendre que les enfants décédés avant, pendant ou après l'accouchement, qui n'ont pas été l'objet d'un acte de naissance. Les accoucheuses ou les familles doivent toujours déclarer à l'officier de l'état civil comme mort-nés tous les produits de la conception à partir de six semaines. Quand le produit de conception n'a pas atteint quatre mois, l'officier de l'état civil n'a point à se conformer aux prescriptions du décret de 1806, il doit seulement transcrire sur un registre spécial le certificat du médecin vérificateur.

2° *La capacité civile* (Liv. I, titre XI, art, 488 à 514).

A propos de la majorité (vingt et un ans accomplis) le Code s'occupe de l'*interdiction* (art. 489 à 512), du *Conseil judiciaire* (art. 513 à 515, institué pour les prodigues et faibles d'esprit : c'est la demi-interdiction), de la *santé d'esprit* requise pour les testaments et donations entre vifs (art. 901 : pour faire une donation entre vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit) et surtout pour l'incorporation au Code de la loi du 30 juin 1838 (ou de celle qui la remplacera) sur les *aliénés*, leur internement d'office ou leur placement volontaire.

3° *L'ouverture des successions* (Liv. III, titre I, art. 718 à 724).

C'est à ce propos que se présentent les articles 720, 721 et 722 relatifs aux *commorientes*, les questions de survie qui, d'après nous, devraient être supprimées en ce qui concerne la présomption ou remaniées d'une façon plus conforme aux données de la clinique et de l'expérimentation.

4° *Des délits et des quasi-délits* (Liv. III, titre IV, art. 1382 à 1386).

Ils sont définis par les articles suivants que les médecins doivent toujours avoir présents à l'esprit :

Art. 1382 : Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

Art. 1383 : Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.

On a inséré, à côté de ces articles, la *loi du 9 avril* 1898 concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.

Bientôt il y aura une loi sur les maladies professionnelles. N'existe-t-il pas déjà des lois relatives aux logements insalubres, au dessèchement des marais, la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique : toutes exigent le contrôle ou l'avis des médecins.

Je me résume. Ces problèmes sont si importants et si variés qu'il est impossible à un homme de les bien tous connaître pour proposer une solution exacte. L'Académie de médecine est composée d'hommes compétents, de savants spécialistes qui peuvent apporter les solutions désirables : j'ai la conviction qu'il appartient à l'Académie de s'associer à la révision de notre Code civil.

Les juristes doivent se résigner à la collaboration des « hommes de l'art » comme ils s'expriment en parlant de nous. Pour rappeler une phrase d'Ambroise Paré, je dirai que les juristes auront à formuler certains articles du Code selon que leur aura « rapporté » l'Académie de médecine.

Au centenaire du Code civil, M. le garde des sceaux a dit : « Si en 1804, il fallait resumer le droit, en 1904, il faut l'élargir. » Ce n'est pas suffisant. Nous ajouterons : il faut préciser le Droit et, quand c'est possible, lui donner une base solide, parce que scientifique, c'est-à-dire lui incorporer les résultats positifs de la biologie.

Nous ne voulons pas et ne demandons pas à être des légistes, mais nous tenons à ce que les hommes

(1) La présentation d'un certificat émanant de n'importe quel médecin permet de faire passer pour morts subites des morts suicides ou criminelles.

de loi reçoivent de l'Académie de médecine les matériaux dont ils ont besoin pour édifier un *Code du bon sens, de l'équité et aussi de la vérité scientifique*.

Je termine en priant l'Académie de nommer une Commission pour étudier les propositions que j'ai eu l'honneur de lui exposer.

N.B. L'Académie, dans sa dernière séance, a donné satisfaction à la demande de M. Lacassagne et désigné une Commission composée de MM. Brouardel, Hamy, Motet, Peyrot, Pinard.

REPORTAGE MÉDICAL

Un Congrès international de Médecins d'Assurances aura lieu à Berlin le 11-14 septembre.

Un Comité spécial s'est organisé pour y faciliter le service de la Presse, Comité dont font partie MM. les docteurs Lennhoff, Feilchenfeld, et Gross, à Berlin.

Tous les journaux qui voudraient bien envoyer des correspondants à ce Congrès sont priés de bien vouloir s'adresser à M. le docteur Lennhoff, Schmidstrass, 13, Berlin S.-O., qui leur fournira tous les renseignements nécessaires et se mettra à la disposition des membres de la Presse chargés de comptes-rendus.

Châtel-Guyon. Saison Thermale et faveurs. — La Société des Eaux de Châtel-Guyon nous prie de rappeler à tous les intéressés qu'elle accorde des tarifs de faveur en septembre aux instituteurs primaires, au Clergé et aux Associations religieuses; aux membres de l'Armée et de la Marine et aux Fonctionnaires et Coloniaux; — et qu'en octobre, tous les tarifs sont réduits de 50 0|0 pour tous les Baigneurs indistinctement.

Les bonnes habitudes de Seine-et-Oise et les mauvaises d'ailleurs. — Le Conseil général de Seine-et-Oise a su conquérir, des premiers, une réputation d'équité à l'égard des médecins, et ce sentiment se manifeste toujours dans les relations de la préfecture et des syndicats médicaux. La petite note ci-dessous, empruntée à un compte-rendu de la session d'août, prouve une fois de plus que les bonnes habitudes se maintiennent.

M. Bertrand, rapporteur, *Enfants assistés. Surveillance médicale des enfants secourus élevés au sein.* Le conseil décide que les enfants élevés au sein qui bénéficient de l'allocation de 20 fr. attribuée conformément à la délibération du conseil général du 9 janvier 1905, ne continueront à bénéficier de cette faveur qu'à la condition pour les nourrices de produire à toute époque et au gré de l'administration de l'assistance publique un certificat médical attestant qu'ils sont en réalité toujours soumis à ce mode d'élevage. Ce certificat devra être demandé au médecin-inspecteur chargé de la surveillance des enfants du premier âge dans la résidence de la nourrice et ne pourra être délivré que par lui. *Le médecin-inspecteur sera désintéressé sur production de mémoire et dans les conditions suivantes : 1 fr. 50 pour les certificats concernant les enfants assistés habitant la localité de sa résidence et 2 fr. pour ceux qui concernent les enfants secourus résidant dans une autre localité.* Le montant de la dépense, pouvant s'élever à 800 fr., sera imputé sur le crédit inscrit au budget départemental sous la rubrique : « Frais d'assistance médicale aux enfants assistés et de surveillance des enfants secourus élevés au sein. »

Le conseil émet le vœu que le règlement d'administration publique de 1887 concernant la protection des enfants du premier âge soit modifié.

Par regrettable contraste, nous découpons dans un journal de la Creuse, l'inquiétant filet que voici :

Est renvoyé à la 4e commission le vœu suivant de MM. Byason et Cara.

« En présence de l'accroissement progressif considérable des dépenses de l'assistance médicale gratuite, proposent la nomination d'une commission spéciale de 5 membres pour rechercher les voies et moyens d'arrêter non seulement l'accroissement de ces dépenses, mais aussi de les réduire. »

Pourvu que cette commission n'aille pas encore réduire les honoraires médicaux, en fermant les yeux sur l'abus des inscriptions par faveur d'origine électorale, ou par tous autres calculs de ce genre.

Loi sur les patentes. — Nous rappelons que dans le *Journal Officiel* du 21 avril 1905 a été promulguée la loi relative à la contribution des patentes, laquelle est établie comme suit en ce qui concerne les médecins exerçant :

Le droit proportionnel (sans droit fixe) est fixé au 15e de la valeur locative de tous les locaux occupés, avec cette réserve que les dispensaires et cliniques affectés exclusivement au traitement gratuit des malades ne sont pas imposables.

Par exception, les médecins sont passibles du taux du 12e au lieu du 15e pour les locaux soumis au droit proportionnel :

1° Lorsque, exerçant leur profession à Paris, ils occupent, soit dans cette ville, soit ailleurs, des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 4.000 francs.

2° Lorsque, exerçant leur profession dans une autre ville de plus de 200.000 âmes, ils occupent soit dans cette ville, soit ailleurs des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 3.700 fr ;

3° Lorsque, exerçant leur profession dans une ville de 100.001 à 200.000 âmes, ils occupent, soit dans cette ville, soit ailleurs, des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 2.400 fr.

Le médecin qui se transporte annuellement dans une ville d'eaux ou une station balnéaire ou thermale pour y exercer sa profession, et qui ne se livre pas ailleurs à l'exercice de la médecine, n'est imposable au droit proportionnel sur l'habitation que pour la maison qu'il occupe pendant la saison balnéaire ou thermale, même si cette maison ne constitue pas son habitation habituelle et principale.

Association française de Chirurgie 19e congrès, 1-6 Octobre 1906.— Le 19e Congrès de l'Association Française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 1er octobre 1906, sous la présidence de M. le Docteur Monprofit, professeur à l'École de Médecine d'Angers, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Chirurgie des gros troncs veineux, rapporteurs MM. Lejars (de Paris), et Morestin (de Paris).

2° Ectopie testiculaire et ses complications, rapporteurs : MM. Souligoux (de Paris), et Villard (de Lyon).

3° Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire, par MM. Willems (de Gand), et Loison (agrégé du Val-de-Grâce).

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. le Docteur Walther, secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris.

Pendant la durée du Congrès, une Exposition d'instruments de Chirurgie, d'objets de pansement, électricité médicale, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de Médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès s'adresser au Secrétaire général.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année | N° 37 | 16 SEPTEMBRE 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La révision de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Est-elle indispensable ? Est-elle désirable ? Est-elle possible ?

La question a le don d'intéresser nombre de médecins ; aussi mon article du 25 août dernier m'a-t-il valu un certain nombre de lettres..., je m'y attendais.

Un confrère, visant la question préjudicielle, m'écrit :

Pourquoi soulever à nouveau cette question de la révision de la loi sur l'exercice de la pharmacie ? La loi de germinal suffit parfaitement. On la tourne, c'est vrai, et on la viole à peu près impunément, mais encore sait-on qu'on la viole, et c'est quelque chose.... Tous les projets de révision consacraient les prétentions abusives des pharmaciens sans rien nous accorder en compensation — nous eussions été sacrifiés si nous n'avions tant contribué à les faire enterrer les uns après les autres. Restons sur ce terrain solide de la législation actuelle et opposons-nous à toute révision, révision qui n'a rien d'indispensable.

Evidemment, la révision n'a rien d'indispensable, et, avec la législation de germinal, la terre continuera parfaitement à tourner. Aussi n'est-ce pas nous, médecins, qui réclamons. Il est fort probable que, si l'initiative devait nécessairement venir de nous, les choses resteraient en l'état bien longtemps encore ; mais cette initiative vient d'ailleurs, et périodiquement nous nous trouvons en présence de projets qu'il nous faut bien examiner.... et combattre puisqu'ils nous paraissent inadmissibles. C'est même parce que tous les projets avaient, à nos yeux, ce même caractère d'impossibilité que nous sommes demeurés sur le terrain de la loi de germinal qui nous semblait préférable. Et notre attitude restera la même tant que les projets de révision seront rédigés en faveur des seuls intérêts des pharmaciens, sans souci des intérêts des médecins, sans souci surtout des véritables besoins du public qui, pour nous, doivent passer avant tout.

Mon correspondant peut donc voir que nous sommes moins en désaccord qu'il ne le pense. Sur le fond, nous sommes du même avis. Mais, étant donné qu'un nouveau projet de révision est certainement sur le point de voir le jour, il s'agit de savoir s'il vaut mieux se préparer à l'étrangler dès sa naissance ou s'il vaut mieux au contraire prêter notre concours à sa rédaction de manière à ce qu'il soit acceptable pour nous.

La révision de la loi de germinal n'est pas indispensable, c'est entendu ; mais n'est-elle pas

souhaitable, si elle est faite dans un sens qui donne satisfaction à tout le monde ? Car c'est là le seul point de vue auquel nous puissions nous placer. La révision, il faut que tous le sachent, se fera avec nous ou nous la combattrons de toutes nos forces, et dès lors elle aura bien des chances de ne pas se faire.

Or, si la révision doit se faire avec nous, je la considère comme désirable : il n'est pas bon que les prescriptions de la loi ne correspondent plus ni à la situation actuelle de la pharmacie, ni aux besoins du public, et il serait grandement préférable qu'elles fussent remplacées par un texte nouveau, qui pût concilier tous les intérêts en présence.

D'autant que la chose n'est pas impossible si pharmaciens et médecins consentent à y apporter un peu de bonne volonté.

La pharmacie est bien malade, elle doit se régénérer complètement, si elle ne veut pas arriver à l'agonie, et ce n'est pas l'intransigeance des partisans d'un passé bien mort qui la pourra sauver —il est des courants qu'on ne remonte pas. Quand on se sera évertué à creuser encore le fossé qui sépare le médecin du pharmacien, à combattre la spécialisation des médicaments, à vouloir ressusciter la vieille officine d'autrefois, quand, dis-je, au lieu de rechercher, par la conciliation, un *modus vivendi* acceptable, on aura ameuté des intérêts opposés, également respectables après tout, en sera-t-on plus avancé ?

Je sais bien que tous les obstacles ne viendront pas des pharmaciens et que l'un d'eux est fondé à m'écrire de son côté :

« Oui, la conciliation que vous prêchez serait bien désirable pour tous et, tout le premier, j'applaudirais à un rapprochemnt entre médecins et pharmaciens, mais croyez-vous ce rapprochement possible en présence de l'attitude blessante de certains de vos confrères qui n'ont à notre égard que paroles désobligeantes et dédaigneuses ? C'est là, bien plus que dans les coups de canif donnés de part et d'autre à la loi de germinal, que vous trouverez l'obstacle insurmontable ; les pharmaciens ne se résoudront jamais à la situation inférieure que trop de médecins voudraient leur imposer... »

Je n'ai qu'une réponse à faire : si nous invitons les pharmaciens à s'unir à nous, c'est sur le pied de la plus parfaite égalité que nous les convions à une entente cordiale et réfléchie. Nous n'ignorons pas que les obstacles à surmonter seront nombreux, mais nous savons aussi qu'ils ne sont pas invincibles et nous avons l'absolue conviction que si des hommes d'initiative parviennent à ramener entre pharmaciens et médecins une entente qui n'aurait jamais dû cessé d'exister, ces hommes auront bien mérité de l'une et de l'autre profession. Et c'est aussi parce que nous pensons que c'est par les grandes lignes que ce travail de rapprochement doit être abordé que nous avons pensé à l'étude en commun d'un projet de révision de la loi de germinal.

Je crois connaître assez la situation en province pour savoir qu'il serait presque impossible, localement, de résoudre une foule de questions dont la solution apparaîtra au contraire des plus simples si les représentants des grandes associations professionnelles en veulent bien aborder la discussion sans autre parti pris que celui d'aboutir à un projet acceptable pour tous.

Et si l'alliance s'établissait sur le terrain législatif, forcée qu'elle est pour ainsi dire sur celui de la défense contre les collectivités, elle ne tarderait pas à régner sur les autres terrains. Cimentée entre les grandes associations, elle gagnerait bien vite les syndicats régionaux pour aboutir à cette alliance des personnes qui serait le résultat ultime, l'âge d'or souhaité.

Mais mon correspondant pharmacien ajoute :

D'ailleurs qui vous dit que vous serez suivis ? Est-il impossible que ces négociateurs que vous conviez à l'entente soient reniés par le gros de leurs troupes ? que les concessions qu'ils auront cru devoir consentir ne soient pas admises, qu'ils n'aient pas l'autorité morale suffisante pour imposer à tous, médecins et pharmaciens, le projet qu'ils auront adopté en commun ?

Cette objection, je me la suis plus d'une fois posée à moi-même, je dois l'avouer ; mais jamais je n'ai pu m'arrêter à cette supposition que des confrères puissent désavouer des hommes, qu'ils estiment assez pour les avoir appelés à diriger leurs revendications professionnelles, lorsque ceux-ci viendraient, avec l'autorité qu'ils puisent dans la confiance générale, leur affirmer, comme je le disais en terminant mon précédent article, que là est la vérité et là le salut.

Depuis plus d'un quart de siècle, nous sommes, au *Concours médical*, mêlés de la manière la plus active à la lutte professionnelle, jamais nous n'avons pu supposer un instant que nous ne serions pas suivis. Pourquoi en serait-il autrement des autres groupements médicaux ? Pourquoi des groupes pharmaceutiques ?

Est-il besoin de répéter que seul l'intérêt général, devant lequel tous intérêts particuliers doivent s'effacer, dominera les discussions et que les concessions, si concessions il doit y avoir, seront faites à cet intérêt général supérieur et à lui seul ?

J'ai, pour ma part, abordé bien des fois cette question de la révision en commun dans des conversations particulières soit avec des confrères, soit avec des pharmaciens ; jamais, je puis l'affirmer, je n'ai rencontré d'hostilité au principe. Tout au plus m'a-t-on signalé des difficultés pour arriver à la constitution de la commission mixte, mais personne ne m'a paru douter de l'excellence du résultat si jamais la commission pouvait être constituée.

Il faudrait, me disait-on, bien amorcer la question afin qu'il ne pût y avoir surprise pour personne ; il faudrait choisir le moment psychologique ; il faudrait sonder quelques personnes autorisées et savoir ce qu'elles en pensent : il faudrait, enfin.... attacher le grelot.

Je crois avoir satisfait à tous ces desiderata..., et le grelot est attaché.

A. GASSOT.

LA SEMAINE MÉDICALE

Radioscopie gastrique des estomacs de nourrissons

MM. Leven et Barrée ont publié récemment dans la *Gaz. des Hôpitaux* une intéressante étude sur la conformation de l'estomac des nourrissons d'après les examens radioscopiques.

« L'estomac des nourrissons, disent les auteurs, se prête parfaitement à l'examen radioscopique, qui peut être pratiqué sans l'emploi d'aucun artifice. L'ingestion de quelques décigrammes de bismuth la facilite, mais n'est pas nécessaire. Les contours de la cavité gastrique contenant une certaine quantité d'eau ou de lait sont suffisamment visibles dans la plus grande partie de leur étendue, pourvu que l'examen soit dirigé suivant une technique convenable.

« Comparé à celui de l'adulte, l'estomac du nourrisson présente dans sa forme et sa situation, dans la manière dont il réagit vis à-vis de son contenu, des différences dignes de remarque. »

1° *Forme et situation.* — Chez l'adulte, l'estomac observé sur l'écran présente une direction nettement verticale, avec un bord droit répondant à la plus grande partie de la grande courbure. un bord gauche constitué par la petite courbure. L'organe est contenu tout entier, ou peut s'en faut, dans l'hypochondre gauche ; la région pylorique peut déborder la ligne médiane à droite, mais sur une petite étendue.

Chez le nourrisson, l'aspect est tout différent. Après l'ingestion d'une petite quantité de liquide 10c.c. suffisent, la cavité gastrique apparaît avec une direction nettement transversale.

La grande courbure lui constitue un bord *inférieur*, sensiblement horizontal. Elle occupe à la fois l'hypochondre gauche, par la grosse tubérosité, élargie et coiffée de la voûte diaphragmatique, et l'hypochondre droit, sur une grande étendue, par la portion pylorique, rétrécie et recouverte par le foie.

Dans son ensemble, l'organe présente bien la forme dite « en cornemuse », attribuée par les classiques à l'estomac de l'adulte. Cette forme, qui ne se vérifie pas chez l'adulte parait donc être, au contraire, la forme normale de l'estomac chez le nourrisson.

2° *Limite inférieure.* — Chez l'adulte normal, la limite inférieure de l'estomac, assez variable, chez les différents sujets, paraît répandre le plus souvent à l'ombilic ou à son voisinage immédiat.

De plus, le point inférieur, qui correspond généralement à la région pylorique, reste fixe, ou se déplace fort peu, suivant l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac.

Chez le nourrisson, par suite de la situation transversale de l'estomac, le point le plus déclive se trouve reporté à la partie moyenne, très mobile, de la grande courbure. Cela revient à dire que le siège de ce point inférieur varie considérablement, non seulement chez les différents sujets, mais chez le même, aux divers moments de la digestion.

Lorsque la cavité gastrique présente son maximum de développement, — ce qui se produit, comme nous allons le voir, aussitôt après la tétée — l'estomac atteint fréquemment l'ombilic, et parfois le dépasse inférieurement. Plus tard, sa limite inférieure remonte et s'élève de plus en plus, à mesure que s'opère l'évacuation du contenu gastrique

3° *Mode de remplissage.* — L'estomac de l'adulte normal adapte spontanément ses dimensions au volume de son contenu: sa cavité virtuelle à l'état de vacuité s'agrandit en même temps que le contenu augmente, si bien qu'elle paraît toujours également remplie, et qu'elle l'est presque autant pour 40 centimètres cubes de liquide que pour 400 ou davantage.

Il n'en est pas ainsi lorsque l'estomac est dilaté. Il se remplit alors comme une poche inerte, à capacité préétablie ; et l'on voit le niveau du liquide s'élever en proportion de la quantité de liquide ingéré.

Chez le nourrisson, c'est suivant ce dernier mode, caractéristique de la dilatation chez l'adulte, que l'estomac se comporte normalement, du moins dans la période qui suit l'ingestion du liquide. Voici ce que l'on observe dans la généralité des cas :

Dès qu'une quantité minime de lait a pénétré dans l'estomac (10 à 15 centimètres cubes sont suffisants), on voit immédiatement apparaître, dans toute son étendue, la cavité gastrique. Le liquide forme une petite nappe horizontale, qui vient s'étaler au point le plus déclive. Tout le reste de l'organe, rempli de gaz, apparaît sous la forme d'une zone claire, bien visible sur le fond plus sombre de la masse abdominale. En inclinant l'enfant latéralement, on voit se déplacer la petite masse liquide le long des parois que l'on peut ainsi délimiter nettement.

A mesure que la quantité de lait ingéré augmente, on voit s'élever le niveau du liquide, en même temps que diminue l'espace rempli de gaz, la « chambre à air », qui la surmonte. Le point inférieur s'abaisse un peu : mais la cavité gastrique, qui a presque atteint, dès le début, son volume maximum, ne s'agrandit pas sensiblement ; le contenant reste inerte, pendant que le contenu augmente progressivement.

4° *Evacuation du lait.* — Cette inertie du contenant n'a qu'une durée passagère. Au bout d'un certain temps, on voit réagir l'estomac, suivant un mode spécial, qui semble appartenir en propre au nourrisson.

Lorsque l'estomac contient une certaine quantité de lait (80 à 175 centimètres cubes) et que l'on a interrompu la tétée, quelques secondes ou quelques minutes après cette interruption, on assiste à une contraction instantanée en masse de la totalité de l'organe. On a parfois l'impression que la contraction ne s'opérerait pas plus brusquement s'il s'agissait d'un vomissement.

L'estomac présente alors une forme globuleuse, avec des dimensions, en hauteur et en largeur, sensiblement réduites : l'aspect est uniformément sombre ; la chambre à air a disparu ou est à peine visible.

« Cet état de contraction persiste très longtemps.

« Il paraît durer jusqu'à l'évacuation complète. La contraction se relâche légèrement, au bout de quelque temps ; la chambre à air réapparaît, mais

reste très petite. Le point inférieur remonte peu à peu ; la masse globuleuse formée par l'estomac se réduit de plus en plus, à mesure que s'opère l'évacuation du contenu !

« Ici encore, une distinction très nette s'établit entre l'estomac du nourrisson et celui de l'adulte. Chez ce dernier, la contraction en masse après l ingestion est exceptionnelle et peu durable lorsqu'elle se produit ; tandis qu'on observe constamment des zones de contractions limitées, principalement dans la région.

Les auteurs ont recherché quelle était la durée du séjour du lait dans l'estomac. Leurs observations ont porté sur des nourrissons de deux à seize mois. Ces enfants ont reçu, soit du lait maternel, soit du lait de vache coupé d'eau (moitié ou un tiers). Les quantités ingérées ont varié de 80 à 175 centimètres cubes. Dans ces conditions, l'évacuation du lait leur a paru progressive et a duré de une heure quarante-cinq minutes, à deux heures.

Il ne paraît pas exister de différence dans la durée de séjour du lait maternel et du lait de vache coupé d'eau.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

PÉDIATRIE

Clinique d'accouchements Tarnier : M. le Pr Budin.

Vomissements, dyspepsie, eczéma des nourrissons.

Nous nous occupons beaucoup, dans le service, vous le savez, des questions d'allaitement. Je vous ai fait, dans le dernier semestre d'hiver, une série de leçons sur ce sujet. Je vais en reprendre, aujourd'hui, certains points particuliers et envisager, entre autres, les vomissements, la dyspepsie et l'eczéma des nouveau-nés allaités au sein.

On se figure volontiers que, l'enfant étant nourri au sein, les choses vont aller toutes seules. C'est vrai souvent, mais non toujours. Si l'allaitement au sein n'est pas bien dirigé, des difficultés, des troubles pathologiques sont, en effet, susceptibles de survenir.

Il peut se produire, par exemple, des vomissements. Il en est de deux variétés : la simple régurgitation, et le vomissement véritable. La première se montre aussitôt après la tétée : sans effort, sans cri, l'enfant rejette une quantité variable de lait. Cet accident n'est pas une maladie : il n'a pas, en lui-même, d'inconvénient ; toutefois, il indique que le nourrisson absorbe trop de lait. Aussi, prenez-y garde, car, dans la suite, les troubles digestifs, la diarrhée, surviennent facilement. Dites aux mères de laisser l'enfant au sein moins longtemps.

Les vomissements proprement dits se produisent non plus immédiatement, mais 20, 30, 40 minutes après la tétée. Ils sont l'indice d'un état pathologique, l'estomac et quelquefois l'intestin étant atteints. Ici, plus encore que dans la régurgitation, il faut recommander aux mères de donner des tétées moins importantes. D'une manière générale, il est difficile de fixer le temps pendant lequel un enfant doit rester au sein. Certains nourrissons gloutons, dont la mère a beaucoup de lait, arrivent à prendre 125 et 150 grammes de lait en 3 à 4 minutes. Si vous voulez vous rendre compte des quantités ingérées, faites des pesées avant et après les tétées. Si un nouveau-né a absorbé déjà 100 grammes de lait en 5 minutes, je suppose, ne le laissez au sein que 2 à 3 minutes ; s'il a mis 1/4 d'heure à prendre cette quantité, laissez-le au sein 6 à 8 minutes.

En résumé, surveillez les enfants ayant des régurgitations et des vomissements. Le plus ordinairement, il s'agit de nourrissons qui prennent trop. Dans les deux cas réduisez les tétées.

Vous verrez, d'autre part, des enfants débiles atteints de vomissements que rien ne peut arrêter. Apparemment, ils ne prennent pas une grande quantité de lait, et cependant cette quantité est encore trop forte pour leur estomac. Vous aurez à soigner de ces petits débiles qui vomissent dès qu'ils ingèrent plus de 25 ou 30 grammes de lait à la fois. Que faire en pareille circonstance ? Si vous ne laissez prendre que 25 gr. de lait, l'enfant n'augmente pas ; si vous laissez prendre plus, il vomit. Pour tourner la difficulté, vous arrêterez la tétée à 25 grammes, mais, comme compensation, au lieu de mettre le nourrisson au sein toutes les 2 heures, on l'y mettra toutes les heures et demie. L'enfant se rattrape ainsi par l'augmentation du nombre de tétées.

Les moyens de remédier aux vomissements, dont je viens de donner l'indication, réussissent généralement. Quelquefois pourtant, ils échouent. Contre ces vomissements tenaces, on a essayé beaucoup de traitements. Pour ma part, j'emploie volontiers, en pareil cas, le bromure de potassium. Comment, me direz-vous, ces nouveau-nés sont-ils donc déjà des nerveux ? Non, il ne s'agit pas de cela. Le bromure est un analgésiant qui calme l'excitabilité de la muqueuse pharyngienne. Les petits malades en question ont probablement une sensibilité réflexe exagérée du pharynx, qui joue un rôle dans leurs vomissements. En supprimant cette irritabilité par le bromure, on supprime les rejets alimentaires — de même, d'ailleurs, que l'on obtient l'arrêt momentané de la toux, dans la laryngo trachéite catarrhale, par ce médicament, dont l'action calmante se manifeste aussi sur la muqueuse du larynx et de la trachée. En fait, j'ai souvent utilisé le bromure de potassium contre ce genre de vomissements, et il m'a souvent réussi. Je le prescris, chez les nouveau-nés, à la dose de 20 centigrammes par 24 heures, soit 4 cuillerées à café, dans le courant de la journée, de la solution suivante :

K. Br.....................	0 gr.50
Eau distillée..............	50 gr.

chaque cuillerée à café contient 0 gr. 05 de bromure.

***

Autre chose. Certains nourrissons, bien que ne

vomissant pas, paraissent ne pas assimiler le lait du sein. Ils prennent une quantité suffisante d'un lait normal à l'analyse ; ils n'ont pas de diarrhée, mais n'augmentent pas de poids. A la vérité, malgré les études des physiologistes et, en particulier, les recherches récentes de Panlow, nous sommes assez ignorants encore du mode de digestion du lait. Il semble que, dans les cas auxquels je fais allusion, le défaut vienne du suc gastrique. Partant de cette idée, j'ai eu recours à l'emploi de la pepsine. Mes premières observations à ce sujet ont été faites à la Maternité, chez les enfants débiles. J'ai vu de ces enfants qui, après un temps d'arrêt plus ou moins long dans leur croissance, se sont mis tout à coup à augmenter notablement de poids sous l'influence de la pepsine. Je vous citerai, par exemple, un enfant né le 7 juillet, qui nous fut apporté le 14 juillet, en pleine période de chaleurs, avec une température rectale de 37 degrés ! Il pesait 1300 grammes. Le 9 octobre, son poids avait atteint 2 kgr. 400 et le 23 octobre 2 kgr. 430 ; du 9 au 23 octobre, en 14 jours, il avait donc augmenté de 30 gr., soit 2 gr. seulement par jour. Il a suffi de lui faire prendre de la pepsine pour que, le 11 novembre, son poids s'élevât à 2 kgr. 740, soit un gain de 15 gr. par jour. Je pourrais vous rapporter un grand nombre d'observations analogues, prises tant à la ville qu'à l'hôpital. Que de fois j'ai vu des nouveau-nés, arrivés au 12e, 14e jour, ne pas augmenter de poids jusqu'au moment où je leur donnais de la pepsine. Plusieurs de mes collègues font comme moi. M. Bar, après s'être montré sceptique à l'égard de ce médicament, a reconnu par l'expérience clinique son utilité et il y a fréquemment recours. Nous avons dans le service, au lit 56, une femme dont l'enfant reste stationnaire bien qu'il ingère une quantité normale d'un lait également normal. J'ai prescrit la pepsine et je ne doute pas que la courbe de ce nourrisson ne redevienne ascendante. Vous donnerez la pepsine en paillettes, une pincée (ou une cuillerée à sel), dans un peu d'eau alcaline, avant la tétée.

***

Il est un autre accident, lié aussi à l'alimentation, qui survient chez les enfants au sein ou au biberon : je veux parler de l'eczéma. Ici, à notre consultation de nourrissons, vous verrez peu d'eczémas ; quand vous en verrez, ce sera généralement chez les enfants au sein : cela tient, comme je vais vous le dire, à ce que nous apprenons aux mères à ne pas suralimenter leurs enfants.

Les anciens auteurs pensaient que l'eczéma des nourrissons était une conséquence de l'hérédité. Ils invoquaient l'arthritisme, la goutte des parents. Telle n'est pas ma manière de voir. On observe, en effet, souvent ces eczémas à la campagne, chez des enfants dont les générateurs ne sont guère voués à l'arthritisme ; on les observe beaucoup également, à la ville, chez les enfants allaités par des nourrices provinciales fortes et bien nourries. J'estime que cet eczéma est la conséquence de troubles digestifs dus à une suralimentation, pouvant tenir à la qualité comme à la quantité du lait. Chez les nourrissons de notre consultation, mis à l'allaitement mixte ou artificiel, vous n'observerez pas d'eczéma : chez eux, les quantités de lait ingérées sont régularisées, limitées. Si vous voyez des enfants nourris au biberon atteints d'eczéma, c'est qu'ils prennent trop.

En voici un exemple. Je visitais, il y a quelques années, accompagné du médecin du pays, un village du Pas-de-Calais, Courrières-les-Mines, aujourd'hui tristement célèbre. Une mère vint me parler de son enfant qui, disait-elle, « était triste ». Cette expression signifie, dans le Nord, n'être pas bien portant. Elle me montra cet enfant, gros, gras, mais couvert de croûtes d'eczéma. Je lui demandai ce qu'elle donnait à ce nourrisson de 9 kilogr. et elle répondit : « Deux litres de lait ». Je lui fis comprendre qu'elle le suralimentait et qu'un litre serait suffisant. Elle suivit mon conseil, s'en trouva bien, et, l'expérience ayant convaincu les autres femmes du pays, le médecin m'écrivit bientôt que l'eczéma avait disparu de sa clientèle de nouveau-nés, à Courrières.

Il y a, en l'espèce, deux modes de suralimentation a envisager : la suralimentation par une trop grande quantité de lait et la suralimentation par un lait trop nourrissant. Lorsque les femmes de la campagne viennent se placer à Paris comme nourrices, elles sont bien soignées ; elles mangent bien, boivent bien, se donnent peu d'exercice et ont un lait chargé, un lait riche avec, parfois, comme conséquence,... des nourrissons couverts d'eczéma. Voulez-vous faire disparaître cet eczéma ? Prenez la nourrice à part et dites-lui : « Halte-là ; si vous persistez à trop vous alimenter, je vous ferai renvoyer. Ayez un régime plus sévère, supprimez la viande au dîner, supprimez le vin, la bière, et donnez-vous de l'exercice ». L'enfant ne tarde pas à guérir.

En face d'un eczéma, chez un nourrisson, l'indication essentielle est de surveiller les quantités et la qualité du lait ingéré, de mettre la nourrice à un régime convenable (peu de viande, pas d'alcool, de l'exercice. Quant au traitement local, vous pourrez vous adresser aux pommades et aux poudres. Commencez par décaper les parties malades au moyen de cataplasmes de fécule ou de compresses humides recouvertes de taffetas gommé. Le lendemain matin, appliquer la pommade suivante :

Lanoline................ }	ãã 15 gr.
Vaseline................ }	
Oxyde de zinc............	4 gr.

ou, lorsque la lésion s'améliore, poudrer avec un mélange de talc et sous nitrate de bismuth.

Vous rencontrerez, enfin, des enfants ayant des affections cutanées dues à ce que la nourrice a, non plus du lait trop abondant ou trop riche, mais du lait de mauvaise qualité. Cela se produit lorsque la femme qui nourrit a des ennuis, des tourments. J'ai vu, en ville, des cas de ce genre. Une fois, je n'ai fait cesser l'eczéma que par l'alimentation artificielle, au biberon.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE PRATIQUE

L'helvétothérapie chez nous.

Cher Directeur,

Le *Concours médical*, en ses derniers numéros, s'est fait l'écho de l'engouement surprenant que manifestent les « déséquilibrés du ventre » pour

le traitement de Combe, de Lausanne ; de même, il relatait l'étonnement qu'éprouvent les spécialistes français à voir des malades — d'habitude moins dociles — obéir aussi scrupuleusement aux prescriptions si minutieuses et suivre à la lettre des régimes peu engageants pour des estomacs français.

Cette confiance se manifeste aussi complète pour le traitement plus facile de Bourget, de Lausanne, a tel point que ce praticien est assailli de demandes de consultations à chacun de ses voyages à Paris.

Les médecins français ne restent pas inactifs en présence de cet envahissement, et tout dernièrement le prof. Robin donnait des indications très précises sur le traitement des dyspepsies, traitement qui a de grandes analogies avec celui que Bourget conseille pour les entérites, typhlites, appendicites, etc.

M'occupant de cette question depuis deux ans à la maison de santé « Le Souvenir », à Sens, je puis dire que ce traitement donne des résultats excellents dans beaucoup d'affections du tube digestif, qu'il n'est pas nécessaire d'aller en Suisse pour en éprouver les heureux effets — mais je reconnais qu'il est difficile à la majorité des médecins français de le mettre en pratique pour deux raisons principales : ce traitement nécessite, pour les lavages d'huile, une instrumentation spéciale qui ne se trouve communément qu'en Suisse. La poudre saline, base du traitement, exige l'emploi de produits qui ne se trouvent pas d'ordinaire dans les officines, car la pureté des produits est un facteur essentiel de réussite.

Pour remédier à ces inconvénients, je m'empresse de vous faire savoir que mon père M. Bailly, pharmacien à Sens, membre du « Concours pharmaceutique », peut livrer à volonté les appareils à lavages d'huile et la poudre saline sous cachet de garantie.

Les meilleures conditions sont réservées aux membres du Concours et je suis, de mon côté, tout à leur disposition pour les renseignements dont ils auront besoin.

Espérant ainsi pouvoir rendre service à quelques confrères désireux de retenir leurs malades près d'eux, je vous remercie de l'hospitalité que me donne votre vaillant journal.

Dr Bailly-Salin,
à Sens (Yonne).

PSYCHOTHÉRAPIE

Les principes de la psychothérapie

La rééducation.

Par le Dr Paul-Emile Lévy.

Voici plusieurs années que je me suis adonné à l'étude, à la fois si délicate et si captivante, de la thérapeutique morale ou psychique. Je voudrais vous soumettre quelques-uns des principes qui m'ont guidé dans la pratique de cette méthode thérapeutique, principes qui n'ont fait que se fortifier en moi, au contact et par l'observation des faits.

Je crois tout d abord qu'il serait bon de rendre les oreilles médicales plus familières qu'elles ne le sont encore habituellement avec ce mot de psychothérapie. « Le nom même de psychothérapie, écrivais-je au début de mes études dans cette voie — qui, par lui-même, implique une idée scientifique, l'application rationnelle à la thérapeutique des lois de la pensée, est à peine usité. Il n'est pas cependant de méthode thérapeutique plus digne d'attention, car il n'en est pas qui s'appuie sur des principes plus certains et d'application plus générale (1). » Aujourd'hui encore, la psychothérapie est loin d'être connue et étudiée comme elle devrait l'être. Pendant longtemps on a limité à l'hystérie le domaine de cette thérapeutique — alors confinée dans l'hypnotisme — et encore avec quelles réserves ! Actuellement, on étend son rôle à d'autres troubles nerveux, particulièrement à la neurasthénie, mais de combien de médecins cette action psychique est-elle connue et mise à son vrai rang ? Et par combien est-elle susceptible d'être maniée ? Et d'ailleurs, est-ce là tout ce qu'on peut attendre de la psychothérapie ? Dans toute affection organique, n'y a-t-il pas une part de troubles fonctionnels, sur lesquels la thérapie psychique est à même d'exercer son action, et n'est-il pas nécessaire d'apprendre à discipliner cette action pour lui donner toute l'ampleur et toute la précision possibles ? On voit quel large champ d'investigations cette méthode thérapeutique, encore si méconnue, offre à la curiosité des chercheurs.

Il est incontestable, je dois le dire cependant, que des causes sérieuses ont entravé le développement de la psychothérapie. Je veux esquisser les principales ; et ce sera, en même temps, pour moi, l'occasion de montrer sur quelles bases elle doit se fonder désormais pour se classer définitivement comme méthode scientifique.

Tout d'abord la psychothérapie a été, en quelque sorte, mal embarquée. On se rappelle les discussions fameuses de l'Ecole de Paris et de celle de Nancy. Les théories de cette dernière ont fini par complètement s'imposer et ne sont plus guère contestées aujourd'hui. Le grand inconvénient, cependant, qu'ont présenté ces controverses, c'est de conduire à étudier pêle-mêle tous les phénomènes de suggestibilité ; l'action thérapeutique et les suggestions expérimentales, la guérison des manifestations nerveuses, des phobies, de l'insomnie, et la production, suivant le gré de l'expérimentateur, de paralysies, d'anesthésies, d'hallucinations, etc. Je n'insisterai pas sur ce point. Mais il est certain aujourd'hui que la ligne de démarcation doit être absolue. J'ajouterai que je l'établis d'autant plus aisément que, pour ma part, je ne me suis jamais écarté du domaine strict de l'action thérapeutique. Nous n'avons pas plus le droit d'expérimenter à ce point de vue sur les malades qui se livrent à nous que de rechercher sur eux les effets toxiques de l'opium, de la strychnine ou de la digitale.

Autre point : le médecin psychothérapeute s'est trouvé longtemps, et reste encore trop souvent un isolé. Je m'explique : je veux indiquer par là qu'il a semblé, qu'il semble encore à beaucoup que la psychothérapie soit une thérapeuti-

(1) P.-E Lévy.—*L'éducation rationnelle de la volonté ; son emploi thérapeutique* (F. Alcan), 5e édition. — Voir également : *Rééducation psychique et Psychothérapie*, in *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher et Comby.

que à part, qui se suffit, ou du moins, prétend se suffire à elle-même, et dédaigne les autres moyens d'action médicatrice. Le médecin était un médecin hypnotiseur, suggestionneur, et c'était tout. Il semblait que son action thérapeutique évoluât, si je puis dire, en dehors de toute règle connue.

Je crois qu'une grande part de responsabilité, dans cette opinion trop répandue, revient à beaucoup de ceux mêmes qui se sont occupés de psychothérapie ; ils nous ont trop montré, par une réaction, peut-être assez naturelle, mais certainement exagérée, la toute-puissance de l'esprit ; ils nous ont trop fait assister à de belles et subites guérisons, sans nous en démontrer suffisamment le mécanisme. Actuellement, le médecin qui veut répandre la thérapeutique psychique, doit s'appliquer à la rendre plus simple, et aussi plus maniable. Il doit, en outre, bien spécifier qu'elle ne constitue qu'un département de la thérapeutique générale, et rien de plus. Elle n'est nullement exclusive des autres moyens d'action médicatrice. Elle prétend, au contraire, s'associer à eux, et demande seulement, en ce qui la concerne, qu'on s'étudie à rechercher et à préciser ses indications particulières. Dirai-je toute ma pensée ? Je crois que le meilleur moyen pour elle de donner la démonstration de sa bonne foi dans le sens que j'indique est de bien montrer au médecin — qui, après tout, sait bien au fond, de par son expérience journalière, la puissance que peut avoir le moral, même sur les troubles morbides qui lui paraissent le plus étrangers, mais n'est jamais avouée franchement ni clairement expliquée — toute l'importance que doit prendre l'action psychique dans la médication courante non spécialisée aux névroses, et aussi de lui enseigner les moyens de manier cette action d'une façon aussi méthodique que possible (1).

Autre point encore que j'ai esquissé déjà, mais sur lequel il importe de s'exprimer nettement. C'était, et c'est encore l'opinion admise chez beaucoup de médecins, et dans la plus large part du public extra-médical, que la psychothérapie s'incarne tout entière dans une seule formule, soit celle de l'hypnose, soit celle de l'affirmation sommaire. Endormir, puis, à la faveur de ce sommeil plus ou moins prolongé, glisser dans l'esprit du sujet les idées thérapeutiques, plus tard, suggestionner (la plupart entendant par là la négation pure et simple, donnée sur un ton suffisamment autoritaire, des phénomènes morbides) tel serait l'alpha et l'oméga de toute thérapie psychique. En dehors de cela, il ne reste que le vague de l'action morale, du réconfort donné au malade, qu'on nous vante à chaque pas dans nos traités classiques, , mais dont on nous fournit si peu l'utilisation pratique.

En réalité la psychothérapie est, par définition, l'*ensemble* des moyens qui nous permettent d'agir sur le psychisme de nos malades. Elle ne saurait donc se limiter à un seul procédé uniformément applicable à tous les cas. Sa ligne de conduite doit être, au contraire, de chercher à pénétrer, à diriger l'esprit du sujet en s'inspirant des diverses lois qui gouvernent les phénomènes psychiques, lois de l'habitude, de l'attention, etc. Et ce n'est pas tout : à cette notion des lois des phénomènes psychiques, il lui faut joindre une connaissance approfondie, intime, des connexions si longtemps mystérieuses qui unissent ces deux mondes que nous nommons le physique et le moral. Tout cela constitue, on le conçoit, un ensemble infiniment complexe — d'autant plus que les connaissances théoriques ne sauraient ici être suffisantes. Seules, l'expérience prolongée, l'observation personnelle et persévérante, permettront de voir clair en ces questions si difficiles, et d'apporter dans le traitement tout le doigté nécessaire.

Enfin, il est un dernier point sur lequel je voudrais insister surtout, point dont j'ai souligné l'importance dans mes publications antérieures, car il correspond à l'évolution même qui se fait dans la pensée contemporaine. La psychothérapie doit, dans la plus large mesure, car il ne faut rien exagérer et il y a là une restriction évidente à établir, prendre pour point d'appui non la crédulité et l'obéissance, mais l'appel à la raison, le développement du pouvoir de contrôle de l'individu sur lui-même. J'ai attaché à cette évolution nécessaire bien définie les dénominations très caractéristiques d'*Education* ou de *Rééducation*.

J'avais déjà montré dans mon *Education rationnelle de la volonté*, l'individu s'instruisant à manier les divers moyens qui peuvent lui permettre d'agir sur lui-même, d'acquérir cette chose si précieuse qui est la maîtrise de soi, venant simplement se retremper, lorsqu'il est nécessaire, au contact de la psychothérapie faite par le médecin. Depuis, j'ai spécifié plus clairement encore le caractère de cette thérapie qui se soucie non de commander, mais de convaincre, non de donner au sujet traité une impulsion, en quelque sorte automatique, mais de réveiller en lui, en stimulant sa réaction personnelle, des activités qui n'étaient que passagèrement engourdies.

« Telle qu'il nous est loisible de la formuler maintenant, ai-je écrit (1), la psychothérapie ne cherche plus à faire du sujet un être purement passif, à la pleine disposition de l'opérateur, ce qui est d'ailleurs loin d'être toujours aisément réalisable et limitait forcément le nombre des cas justiciables de son action. Elle veut au contraire que le malade participe lui-même à sa cure, que celle-ci s'effectue, en quelque sorte sous sa surveillance et avec son concours. Il s'agit, en somme, non seulement de déterminer la guérison, ce qui est assurément l'essentiel, mais d'apprendre au sujet à réagir par lui-même, à savoir réfréner les pensées, sensations, volitions morbides, pour leur substituer des pensées, sensations, volitions saines. Le but de cette thérapeutique pourrait encore être défini : la *réfection du caractère* même du sujet. Je ne crois pas que cette thérapeutique ait été suffisamment précisée, surtout dans ses moyens de réalisation. Je crois aussi qu'on s'est exagéré les difficultés de la tâche, et l'on s'étonnera parfois de la persistance des résultats que des émotions vives, une grossesse, etc., ne parviendront pas à ébranler... Le terme qui donne la diminution la plus vraie,

(1) Voir sur ce point : « Délimination du nervosisme à propos de l'élément douleur » (P.-E Lévy) *Journal des praticiens*. 1902, n° 2. — « Traitement et guérison de deux cas de sciatique par rééducation » (*id.*, 1902. n°s 31 et 32).

(1) P.-E. Lévy. — « Le traitement psychique de l'hystérie. Rééducation ». *Presse médicale*, 1903, n°s 84 et 89.

l'expression la plus complète de la psychothérapie ainsi comprise est celui de *Rééducation*.

Je revendique par conséquent d'avoir ainsi établi de façon tout à fait nette et décisive la formule, que l'on retrouve depuis dans des publications plus récentes, d'une *psychothérapie rationnelle*, fondée sur une thérapeutique d'ensemble du *caractère*, faisant appel au raisonnement et à la *raison*, en même temps qu'à la collaboration *active* des sujets traités.

Est-ce à dire que cette psychothérapie par raisonnement, persuasion, peut s'appliquer en toutes circonstances uniformément ? Ce serait retomber dans l'erreur ancienne qui voulait enfermer en un seul procédé, une seule manière de faire, toute la psychothérapie, et ce serait en même temps s'exposer à de sérieux mécomptes. Il est important d'insister sur ce point. Si nous voulons faire, en thérapie psychique, œuvre définitive, il faut ne pas nous montrer exclusifs, nous armer au contraire d'un sage et prudent éclectisme, et garder présente à l'esprit cette définition très extensive de la psychothérapie : la psychothérapie est l'*ensemble* des moyens destinés à agir sur le psychisme d'un sujet souffrant. C'est qu'en effet il faut prendre l'esprit humain, qui est la matière première de la thérapie psychique, dans toute sa complexité. Si, d'ores et déjà, la rééducation pure peut s'adapter à un grand nombre de cas, particulièrement dans les grandes névroses, il est bien certain que l'homme n'est pas seulement raison ; les émotions, les sentiments, la sensibilité en général, ont leur rôle, de même que la confiance que peut produire chez le malade la simple affirmation du médecin, etc. On peut même se demander si l'hypnose, le sommeil provoqué, doit être absolument rayée du cadre de la psychothérapie. Bien que, pour ma part, je ne la pratique pas, ou, pour mieux dire, ne l'ai jamais pratiquée, il faut savoir attendre encore et laisser au temps le soin de prononcer. J'ai cru, quant à moi, dans ce que j'ai écrit sur ces sujets, devoir faire, sur ce point, les réserves nécessaires.

Enfin il serait assez souvent bien mal à propos de ne pas faire de la *psychothérapie indirecte* par l'intermédiaire connu des médicaments ou des médications diverses, etc. Il y a des différences évidentes de prime abord, dans ce que peut être la psychothérapie, suivant les affections ou symptômes qu'elle aura à combattre ; suivant les âges : la psychothérapie de l'enfant ne peut être identique à celle de l'adulte ; suivant les milieux sociaux : on ne peut traiter un sujet peu cultivé, arriéré, par les mêmes procédés qu'on emploiera à l'égard d'un esprit réfléchi et affiné ; suivant les conditions mêmes dans lesquelles on opère ; suivant que le malade est isolé ou non, etc. Il ne peut donc y avoir, en un mot, une seule méthode en psychothérapie, et nous devons conserver à notre disposition l'ensemble de nos moyens d'action psychique.

Tels sont les principes directeurs qui doivent, à mon sens, gouverner la psychothérapie. Et je me permettrai d'ajouter, de par mon expérience personnelle, de par les résultats remarquables que j'en ai très fréquemment obtenus, de par ce fait aussi que, dans certaines affections (névroses, etc.), rien ne saurait la remplacer, qu'il y a là une méthode thérapeutique qui doit désormais être étudiée avec toute l'attention qu'elle mérite, et à qui l'on doit assigner la large place à laquelle elle a droit dans l'ensemble de la thérapeutique.

(Extrait de la *Quinzaine thérapeutique* du 25 août.)

ÉTUDES ET PROJETS

L'Association de la médecine et de la pharmacie.

Paroles de dentiste.

Je voudrais répondre à l'article du Dr Veillon : association du médecin et du pharmacien.

Ce qui me frappe dans la situation actuelle de la médecine et de la pharmacie, c'est la stérilité des doléances médicales contre de braves pharmaciens qui violent une loi inobservable.

La loi part de ce principe que si, dans les relations entre les hommes, on ne peut prendre pour guide que la raison, il en doit être de même dans nos actes vis-à-vis de nous-mêmes, dans les soins que nous prenons de notre personne.

Supposer cela réel, le supposer même possible, c'est créer une humanité au son de sa musique, comme dit l'autre, et très différente de soi-même.

En fait, quand nous sommes malades (et dans bien d'autres cas), nous subissons la loi du moindre effort. Pour le prouver, regardons le médecin faire absolument ce qu'il reproche à son client. Quand nous l'aurons convaincu de faire ce qu'il condamne si fort, nous aurons expliqué la raison de l'inutilité de nos réclamations, de la malveillance du public pour nos exigences, du piétinement sur place auquel aboutissent tous nos efforts.

Que fait le médecin atteint de carie dentaire du deuxième degré ? Sachant parfaitement que cette carie aboutira à la crise douloureuse de la pulpite, il prend un remède quelconque chez qui, chez le pharmacien, et l'applique sur sa dent. Et notez qu'il fait de même pour sa famille. Il ne va trouver le dentiste que chassé de chez lui par la douleur qu'il prévoyait pourtant. Il a souffert et perdu sa dent pour avoir fait ce qu'il reproche au public. Et pourtant le traitement dentaire est plus assuré d'un bon résultat que celui de toute autre affection. Sans doute, il est des exceptions ; sans doute, il nous arrive à tous de nous égarer sur le chemin de la raison, mais elle n'est pas, loin de là, le principe de nos actes de la vie courante. Si vous en doutez, regardez la molaire de votre voisin ; je ne parle pas de la vôtre, bien entendu.

Regardez aussi son œil, toujours celui de votre voisin. Combien de médecins (et d'hommes de science) ont une vue inférieure à celle dont ils sont susceptibles, pour n'avoir pas accordé dix minutes à un oculiste qui les aurait consultés gratuitement en leur donnant une leçon de choses utile. Qu'ont-ils fait, que font-ils ? Ils vont chez l'apothicaire en lunettes, chez l'opticien.

Vous n'êtes pas convaincus ? Regardons le nez... toujours du voisin ! — Ou plutôt, non ! laissons-le tranquille, il pourrait se fâcher, et il n'y aurait pas de raison pour finir.

Très bien, — mais alors qu'est-ce que le médecin reproche au public qui, lui, a la raison d'économie, de temps perdu, à invoquer ?

Voilà l'excuse du public. Celle du pharmacien s'en suit. Vous ne l'empêcherez pas, je suppose, de dire que l'opium a une vertu dormitive. Pourtant, prenez garde : Si vous accordez cette prémisse, vous ne m'empêcherez pas, quand je ne pourrai dormir, d'aller lui demander de l'opium. Et il m'en donnera, et vous savez qu'il n'en peut être autrement. Un peu de sincérité ! Avouez que si vous étiez pharmacien, vous feriez comme fait le pharmacien, de même que médecin malade, vous avez fait tout comme le... laïque malade.

J'en appelle à la franchise de ceux qui ont exercé

la pharmacie à la campagne. On en fait bien d'autres ! Refuserez-vous un peu de saccharine à votre voisin le débitant, pour édulcorer un peu... (quelques tonneaux) de vin ou de cidre. Allons donc ! Vous irez ensuite goûter pour voir si ça a réussi. Le métier d'empêcher de danser en rond ne rend ni soi ni les autres meilleurs. Sans doute, vous avez été contre la loi ; mais c'est le vin la cause : pourquoi avait-il aigri ? — Sans saccharine, eût-il été meilleur ?

La solution me paraît se trouver dans la pratique de la médecine et de la pharmacie par les mêmes hommes.

Sans doute, il faudra des spécialistes en pharmacie comme nous en avons en médecine : ils nous rendront de grands services pour les analyses délicates.

J'entends l'objection : Vous allez, direz-vous, à la libre pratique de l'art médical par les charlatans. — Non. — Il ne faut pas laisser le charlatan libre. Dans la limite où il devient imprudent, — mais non quand il se contente de conjurer l'eau.... de Lourdes ou de sa fontaine, — on peut l'atteindre parce que c'est un homme, — tandis que si vous voulez continuer de condamner le malade au médecin, ce n'est pas un homme que vous voulez atteindre, c'est tout le monde. Et vous critiquez ce tout le monde parce qu'il fait ce que vous faites, ce que nous faisons tous.

Si nous sommes médecin et pharmacien, soignerons-nous mieux notre malade ? Oui, — car celui qui a pratiqué la médecine par ordonnance (celle de ville) et la médecine par manipulation pharmaceutique (celle de campagne), sait qu'on prend plus de goût à l'étude des remèdes quand on les manie soi-même. — Actuellement, avec les médicaments nouveaux, nous ne savons même pas les propriétés physiques des remèdes que nous ordonnons.

Ce sera moins coûteux pour le malade.

Le malade de campagne aura un médecin plus près de lui, parce que le médecin-pharmacien pourra vivre d'une petite clientèle actuellement insuffisante. Ce sont autant les pharmaciens que les médecins du voisinage qui empêchent actuellement le médecin de bourgade de subsister. Il n'est pas plus immoral pour le médecin de gagner sur les remèdes, que cela ne l'est pour le pharmacien. Il forcera la dose, dites-vous ! Quelquefois. Actuellement, le pharmacien force la dose aussi quelquefois, pas toujours. Mais pourquoi laissez-vous le médecin faire des visites et des opérations ? Prenez garde. Il forcera la dose... quelquefois.

L'immoralité que quelques-uns reprochent à certains intérêts que prend le médecin à un nombre limité d'eaux minérales vient de la loi, non du médecin. Celui-ci cherche rétribution de son travail, il faudrait qu'il soit rétribué aussi bien quand il prescrit un remède que quand il en prescrit un autre. Pourquoi rêver tant de désintéressement, pourquoi ce désintéressement ; en vue du ciel, ou bien pour ici-bas ? A chaque travail son salaire. Ne rêvons pas de faire des anges. Pour moi, dentiste, les anges me paraissent des gaillards qui cachent leurs petites saletés sous de grandes ailes toutes blanches. Qu'il nous suffise de vivre sains et de ne pas mourir martyrs.

La pratique simultanée est-elle acceptable. C'est la loi anglaise. Comme dit le Dr Laveyssière, l'Anglais estime que les deux professions étant séparément honorables ne peuvent devenir malhonnêtes du fait de leur cumul. C'est la loi française pour l'art vétérinaire.

Une question indiscrète. Comment se fait-il que les idées que j'émets soient partagées pas la majorité des médecins, mises en pratique par quatre-vingt-dix-neuf pharmaciens sur cent et ne trouvent pas une proportion notable de défenseurs dans les congrès de déontologie. Sans doute, pudeur, amour-propre, esprit des foules — désintéressement ! De qui ? de quoi ? pourquoi ? pourquoi ? Des mots, des mots !

Et pourtant je ne parle pas du grand argument de l'incertitude médicale qui fait que le malade en s'adressant au médecin ne sait s'il va payer une ordonnance inutile. N'exagérons pas la perfection de notre art. Chez les divers peuples civilisés les médicaments à la mode ne sont pas les mêmes, et nous ne savons pas pourquoi.

Ce qui est certain, c'est que le médecin a beau se plaindre du pharmacien, la situation médicale empire tous les jours — et le malade n'est pas mieux pourvu qu'autrefois. Pour que ces deux faits soient constatables, il faut qu'il y ait quelque chose d'absolument défectueux dans notre législation.

Dr L. C.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'hospitalisation peut-elle être imposée à un indigent?

Sur la demande du Syndicat de la Mayenne, le Dr Millon, secrétaire-adjoint de l'Union des Syndicats et membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, posait, il y a quelques mois, la question suivante à la Direction de l'Assistance du Ministère de l'Intérieur :

« Un maire a-t-il le droit de refuser des bons « de visite, pour un médecin du service, à une « personne dûment inscrite sur la liste d'assis« tance de la commune ? A-t-il le droit d'obliger « à aller occuper gratuitement un lit fondé par « la commune à l'hôpital du chef-lieu une per« sonne assistée atteinte d'affection incurable « (cancer de l'estomac) qui veut être soignée « chez elle et mourir au milieu des siens.

« N. B. — C'est de la même personne qu'il s'a« git. »

La difficulté avait été portée devant la commission départementale du contrôle de l'A. M. G. A l'unanimité, y compris le représentant du préfet, la commission déclara que ce maire s'était arrogé des droits qui ne figurent pas dans la loi d'assistance et pria le préfet de faire délivrer au médecin pour être réglés plus tard, les bons des visites faites à cette malade jusqu'à son décès.

A quoi le préfet fit réponse : que le maire, en offrant l'hospitalisation à cette malade avait agi en administrateur économe et avait fait œuvre d'assistance : qu'en refusant, la malade refusait les secours de l'assistance et que, par conséquent, les frais médicaux étaient à sa charge.

C'est une interprétation de la loi que le syndicat des médecins de la Mayenne désirait voir soumise à une autorité supérieure.

Voici la réponse qui a été faite par M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique, au ministère de l'Intérieur :

« Pour répondre au désir que vous m'avez exprimé et connaissance prise des conditions dans lesquelles la difficulté se présente, je ne crois pas qu'un maire soit fondé à refuser des bons de visite, pour un médecin du service, à une personne

dûment inscrite sur la liste d'assistance médicale de la commune.

« Sans doute, dans l'espèce, cette personne était atteinte d'affection incurable et ne relevait pas à ce titre de la loi du 15 juillet 1893, mais même incurable, elle pouvait être malade au sens de cette loi et être soignée à domicile au compte du service de l'assistance médicale, puisqu'une crise aiguë pouvait comporter les soins du médecin.

« En tout cas, un maire n'a pas qualité pour envoyer, de son chef, un malade du service dans un établissement hospitalier, l'assistance à domicile est la règle générale et il n'y est dérogé que moyennant une déclaration du médecin spécifiant que l'assisté ne peut être utilement soigné à domicile (art. 3) : le médecin est seul juge à cet égard.

« Le maire ne saurait non plus, et par voie de conséquence nécessaire, subordonner la délivrance des bons de visite au consentement par la personne inscrite sur la liste d'assistance de se faire hospitaliser en cas de maladie.

« Veuillez agréer, etc.

« Signé : MIRMAN. »

Cette lettre de l'éminent directeur de l'Assistance au Ministère de l'Intérieur, M. Mirman, comporte un enseignement précieux. Nos confrères de province pourront en faire état toutes les fois que les maires, agissant en petits tyrans, voudront imposer leur volonté sur des questions qui dépendent exclusivement de notre conscience et de notre devoir professionnel.

Elle prouve, en outre, que l'on est tout à fait décidé, dans les hautes sphères de l'Assistance publique, à montrer aux administrations que l'Assistance à domicile existe et que tout citoyen français a parfaitement le droit de préférer ce mode d'assistance à tout autre que l'on voudrait lui imposer de gré ou de force.

Organisation du service de la vaccine en France

Rapport présenté au conseil général de l'Association des médecins de France par M. le Dr Louis Sentex, secrétaire général de la Société des Landes, membre du Conseil général.

Messieurs,

Dans la dernière Assemblée générale annuelle du 7 mai 1905, M. le Dr A.-J. Martin, rapporteur des vœux émis par les diverses sociétés locales, s'exprimait ainsi à propos du service des vaccinations.

« Il est certain qu'il y a lieu de revenir sur les termes du règlement d'administration publique, qui ne tendent à rien moins qu'à faire de l'obligation de la vaccination une affaire tellement administrative que le corps médical se trouverait lésé dans une grande mesure, et que, d'autre part, l'obligation de la vaccination ne serait certainement pas assurée dans les conditions que le législateur a voulu prévoir.

« Il y a lieu d'exprimer le désir qu'une enquête soit établie par l'Association générale, auprès de toutes les sociétés locales, avec un questionnaire ; il faut que l'Association générale prenne l'affaire en mains, et que ce questionnaire soit établi par elle pour être envoyé à toutes les sociétés locales. »

C'est conformément à ce désir, appuyé par l'Assemblée tout entière, que notre très distingué Secrétaire a adressé, en votre nom, aux 95 sociétés locales unies, une circulaire en vue de procéder, par leur intermédiaire, à une *Enquête sur l'organisation du service de la vaccine en France.*

Cinquante-six sociétés ont répondu. Quoique ce nombre soit respectable, laissez-moi cependant exprimer le regret, qui sera partagé par vous, j'en suis certain, que, pour une affaire de cette importance intéressant le corps médical tout entier, certaines sociétés locales n'aient pas su secouer la torpeur qui leur est malheureusement un peu habituelle.

Quoique certaines soient restées muettes, les renseignements vous étant venus de points très divers et de toutes les régions, il est permis d'affirmer que les résultats de l'enquête ouverte par vous peuvent être considérés comme l'expression exacte de la manière dont fonctionne dans notre pays ce très important service de la vaccination.

Le Conseil général a bien voulu confier au moins qualifié de ses membres le devoir de vous faire connaître le résultat de ses recherches. J'ai la crainte bien sincère d'être resté au-dessous de ma tâche, et je vous demande d'accueillir ce travail avec la bienveillance que mérite toujours la bonne volonté.

Ce rapport, que je vais m'évertuer à faire aussi concis que possible, doit comprendre, ce me semble, deux parties distinctes.

La première doit être le résumé rapide mais fidèle des réponses faites par les sociétés locales aux questions posées par M. le secrétaire général, et concernant le fonctionnement actuel du service. Dans la seconde j'aurai le devoir de vous faire connaître les diverses réflexions faites au sujet de ce même fonctionnement par les sociétés locales, ainsi que les critiques et les réclamations que son organisation a soulevées.

PREMIÈRE PARTIE

Il est peut-être bon, avant d'indiquer les résultats du dépouillement du très gros dossier qui m'a été confié, d'énumérer très sommairement les dispositions de la loi du 15 février 1902, — du règlement d'administration publique du 17 juillet 1903, — de la circulaire ministérielle du 7 août de la même année — et des arrêtés ministériels des 28 et 30 mars 1904.

Ces lois, ces décrets et ces règlement visent tout d'abord le principe tout nouveau de *l'Obligation*. Les vaccinations et les revaccinations, rendues obligatoires de par la loi depuis longtemps dans la plupart des grands Etats européens, ne le sont devenues en France que bien tardivement, trop tardivement même, puisque cette obligation n'a été imposée que par l'article 6 de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique.

Cette loi et les divers autres documents administratifs règlent, en outre du principe de l'obligation, les conditions générales du fonctionnement du service, — le contrôle supérieur confié à l'Académie de médecine, — l'organisation départementale par les Conseils généraux, — le contrôle local par une Commission départementale désignée par les Préfets, — l'indication des trois obligations successives de vaccination et de revaccinations de la première année de la vie jusqu'à la vingt et unième, — l'action des municipalités, — la désignation par les Préfets, conformément à l'article 2 du décret du 27 juillet 1903, des médecins vaccinateurs et les obligations qui en résultent pour ceux-ci, — l'application de la loi aux étrangers, — et enfin, la nécessité d'admettre, dans la plus large mesure, aux séances publiques et gratuites de vaccinations, à titre facultatif, les personnes qui, par leur âge, ne sont pas assujetties à la loi.

Pour connaître la façon dont ces diverses dispositions législatives ou réglementaires sont actuellement appliquées en France, nous allons, si vous le voulez bien, examiner successivement les réponses faites par les sociétés locales aux quatre questions à elles posées, en suivant l'ordre adopté par la circulaire qui leur a été adressée.

***

Première question. — « Quelles modifications ont « été apportées aux services tant départementaux « que municipaux, au point de vue des conditions « du personnel chargé du service de la vaccine, et « au point de vue du montant et de la répartition « des crédits ? »

Une quinzaine de sociétés donnent seules quelques indications assez sommaires sur l'organisation du service de la vaccine antérieurement à la loi de 1902.

La plus ancienne des organisations indiquées est certainement celle de la Charente, puisqu'elle date paraît-il, du Consulat, et qu'elle dure encore aujourd'hui : une nouvelle réglementation du service devait être étudiée cette année.

La Haute-Garonne avait un service de vaccinations gratuites organisé depuis 1822. Ce service fut remplacé en 1886 par le service de la médecine cantonale, puis il fut rattaché plus tard au service de l'assistance médicale gratuite.

Quelques grandes villes, entre autres Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Rouen, etc., avaient des services municipaux de vaccine : les séances gratuites de vaccination y étaient assez fréquentes, et les médecins vaccinateurs étaient rémunérés sur les fonds municipaux.

Le département de la Meuse avait un comité départemental de vaccination à Bar-le-Duc, et des comités dans chacun des autres arrondissements ; il existait là, comme dans un certain nombre d'autres départements, un conservateur du vaccin désigné par le Préfet, recevant, de ce chef, des honoraires et ayant pour mission de pourvoir de vaccin les confrères qui lui en demandaient.

Le Vaucluse, la Haute-Marne, le Tarn-et-Garonne le Finistère et certains autres départements possédaient, eux aussi, des semblants d'organisation ; mais tout cela était bien insuffisant, et les organisations qui étaient faites étaient bien sommaires et bien défectueuses.

Dans la grande majorité des départements et surtout dans les campagnes, le service des vaccinations n'existait pas à titre de service public. Les médecins et les sages-femmes vaccinaient successivement par périodes les enfants qu'ils faisaient naître. Ce n'était que sous le coup d'épidémies de variole que le nombre des vaccinations et des revaccinations augmentait. Cette augmentation ne se faisait du reste que grâce au bon vouloir des membres du corps médical. Il faut ajouter encore, pour rester dans le vrai, que pendant longtemps, les vaccinations et les revaccinations se faisaient presque partout, surtout dans les petites villes et dans les campagnes, de bras à bras.

La vaccination animale était cependant pratiquée depuis fort longtemps en Italie, ainsi qu'en témoigne un très rare mémoire de Gennaro Galbiati, édité vers 1810, et dont M. Chambon a présenté tout récemment la traduction à l'Académie de médecine La vaccination de génisse à bras y est préconisée, contrairement à la méthode jennérienne de bras à bras, pour plusieurs motifs : d'abord pour rendre au vaccin la virulence naturelle qui semblait s'atténuer dans le passage d'homme à homme ; en second lieu, afin d'éviter la transmission de la syphilis par la vaccine, et enfin, parce que c'était là le meilleur moyen d'avoir à sa disposition une très grande quantité de vaccin à cette époque où les épidémies de variole étaient si fréquentes et si meurtrières.

Malgré cela, et bien que ces particularités fussent connues des praticiens, ce n'est guère que depuis 1870 environ que le vaccin animal a commencé à être employé et qu'il s'est propagé dans les campagnes, grâce surtout à l'initiative personnelle de M. Chambon.

Jusqu'alors, et pour pratiquer les vaccinations de bras à bras, les médecins choisissaient de beaux enfants bien sains, dont les parents leur étaient connus, et ces sujets, une fois vaccinés, servaient non seulement à pratiquer des vaccinations, mais encore une partie du vaccin qu'ils fournissaient était recueillie entre des plaques de verre et ainsi conservée. Beaucoup de préfectures, alimentées par des médecins de bonne volonté, fournissaient à leur tour ce vaccin aux praticiens qui leur en faisaient la demande.

J'ajoute que ces services des médecins et des sages-femmes étaient rarement rémunérés, ou qu'ils l'étaient d'une façon bien insuffisante, presque dérisoire. C'étaient surtout les sages-femmes qui se partageaient les très modestes crédits votés par les Conseils généraux ; quant aux médecins, ils devaient se contenter, outre la satisfaction du devoir accompli et des services rendus, des lettres de remerciements, ou des quelques médailles de divers métaux qui pouvaient leur être adressées ou accordées par l'Administration.

Aujourd'hui les choses se passent différemment ; tout d'abord, la vaccination de bras à bras est absolument proscrite, et on ne doit plus se servir que de vaccin animal (1). L'article 2 du décret du 27 juillet 1903 fixe les bases de l'organisation du service des vaccinations et des revaccinations : cette organisation, conformément à l'article 20 de la loi du 15 février 1902, présente un caractère essentiellement départemental.

Aussi, appartient-il aux Conseils généraux de se prononcer : 1° sur la création de circonscriptions vaccinales ; 2° sur le nombre et la répartition des séances gratuites ; 3° sur le mode de rémunération des médecins vaccinateurs ; 4° sur l'approvisionnement des médecins en vaccin.

Cela fait, il reste encore à prendre une dernière disposition qui incombe aux Préfets : c'est la désignation des médecins et autres agents du service des vaccinations et revaccinations, conformément à l'article 2 du décret du 27 juillet 1903.

Les documents fournis par les sociétés locales vont me permettre de vous faire connaître comment ces diverses parties du service ont été organisées, et tout d'abord comment ont été nommés les médecins vaccinateurs.

Dans la très grande majorité des départements, ce sont les médecins de la protection des enfants du premier âge ou les médecins chargés du service de l'assistance médicale gratuite qui sont devenus, chacun dans leurs circonscriptions, médecins vaccinateurs.

Dans quelques-uns, aux médecins déjà pourvus de circonscriptions pour le service de la protection des enfants et maintenus comme médecins vaccinateurs on a ajouté, à ce même titre, d'autre médecins pour lesquels on a créé de nouvelles circonscriptions en modifiant les anciennes.

Quelques préfets ont choisi directement tous les médecins vaccinateurs, sans tenir compte des circonscriptions déjà établies, ni des situations déjà acquises pour les services de l'assistance médicale gratuite, ou de la *protection des enfants du premier* âge.

Dans cinq départements, tous les médecins ayant accepté les conditions posées par le Conseil général, ont été admis comme médecins vaccinateurs. Dans l'un, ce sont les médecins eux-mêmes qui se sont partagé à l'amiable les circonscriptions. Dans un autre, les circonscriptions ont été établies d'un commun accord entre la Préfecture et une Comission du Conseil d'hygiène représentant les médecins.

Un seul département, le Gard, a une organisation différente de toutes les autres. A la suite de difficultés survenues entre les membres du Corps médical et la Préfecture pour des motifs qui seront expliqués plus loin, il a été nommé par l'administration préfectorale un seul médecin vaccinateur pour tout le département, c'est-à-dire une sorte de vaccinateur ambulant.

Tels sont les renseignements fournis par les sociétés pour ce qui a trait à l'organisation du personnel des médecins vaccinateurs. Les arrêtés préfec-

(1) Arrêté ministériel du 8 mars 1904, article 4.

toraux portant ces nominations donnent en outre les indications purement administratives adressées aux Maires et indiquent, de plus, les obligations auxquelles sont soumis les praticiens chargés du service. Tous ces arrêtés sont presque identiques, car il ne sont que la reproduction un peu amplifiée de l'arrêté ministériel du 28 mars 1904.

*
* *

2e *question.* — « Quels émoluments reçoivent ac- « tuellement les médecins vaccinateurs, par séance, « pour déplacements ou par vaccination effectuée?»

C'est aussi dans les dires des diverses Sociétés locales que nous trouvons les réponses à cette question.

Les émoluments accordés aux médecins vaccinateurs sont de deux ordres : les premiers visent le prix des opérations ; les seconds visent le prix des déplacements.

Voyons d'abord le prix des opérations.

De l'examen des réponses adressées par les Sociétés locales, et surtout de la lecture des procès-verbaux des Conseils généraux, il ressort tout d'abord que les systèmes et les taux de rémunérations adoptés sont très variables; il en ressort aussi cet autre fait indéniable, c'est que les Préfets et les Assemblées départementales, à quelques exceptions près, cherchent à réduire le plus possible les honoraires attribués aux médecins vaccinateurs.

Dans un département, la charge des vaccinations et des revaccinations a été ajoutée au service des médecins cantonaux, sans que les honoraires de ceux-ci aient reçu aucune augmentation. Presque tous les Conseils généraux ont au contraire fixé des honoraires pour le service des vaccinations publiques et gratuites.

Dans quelques départements, on a adopté le système de l'abonnement ou du forfait.

Dans le Gard, jusqu'en 1903, les médecins inspecteurs des enfants du premier âge touchaient 0 fr. 50 par opération et recevaient une indemnité kilométrique de 1 fr. à l'aller. Le Conseil général ayant supprimé l'indemnité kilométrique et ayant réduit de 0 fr. 50 à 0 fr. 25 les honoraires pour chaque opération, le Corps médical fit entendre de violentes protestations. A la suite de ces protestations et de ce conflit, le Conseil général décida, ainsi qu'il a été dit plus haut, qu'il n'y aurait qu'un seul médecin vaccinateur pour tout le département. On lui attribua un traitement annuel de 6.000 fr., moyennant lequel il est tenu de suffire à tous les besoins du service, et même de procurer à ses frais le vaccin ; c'est, du reste, le seul département dans lequel fonctionne ce singulier système. Cette singularité même nous permet de faire connaître d'ores et déjà les critiques du corps médical de ce département. Le confrère qui envoie les renseignements fait remarquer, avec raison, qu'il est impossible à ce vaccinateur de faire, en temps utile, les quatre séances obligatoires dans chaque commune.

Dans l'Allier, les honoraires attribués aux vaccinateurs varient entre les chiffres fermes de 40 fr. et de 190 fr., selon l'importance des circonscriptions au point de vue du nombre des habitants : ce nombre, d'après le tableau inséré dans le *Recueil des actes administratifs*, varie dans les mêmes proportions que les honoraires et, dans certaines circonscriptions, il est fort élevé.

Un autre département donne aux médecins vaccinateurs 3 fr. par chaque centaine d'habitants de leurs circonscriptions.

La Haute-Savoie accorde aux médecins vaccinateurs 15 fr. par commune.

La Haute-Garonne a adopté, pour un an et à titre d'essai, le système suivant : 6 fr. par commune de 201 habitants, 12 fr. de 201 habitants à 500, 20 fr. de 501 à 1.000, 30 fr. de 1.001 à 3,000, 40 fr. de 3,001 et au-dessus ; ces indemnités comprennent tous les frais, même ceux de déplacement.

Le Tarn-et-Garonne, par contre, a, par canton, un médecin vaccinateur qui touche 200 fr. par an.

Deux départements voisins l'un de l'autre ont adopté des systèmes semblables. Les médecins vaccinateurs touchent 20 fr. par *centre* de vaccinations comprenant une ou plusieurs communes ; à cette somme fixe est ajoutée une rémunération de *dix centimes* par vaccination, mais le médecin doit fournir à ses frais le vaccin ; ce qui fait dire au confrère qui transmet les renseignements que les médecins touchent ainsi un pourboire de garçon de café!

Deux autres départements ont voté des rémunérations proportionnelles au nombre des opérations. C'est ainsi que, dans le premier, les vaccinateurs touchent 5 fr. jusqu'à 20 opérations : 10 fr. de 20 à 40; 15 fr. de 40 à 60; 20 fr. au-dessus de 60. Le prix des séances de révision est fixé à 5 fr. pour 50 révisions et à 10 fr. pour plus de 50. Le second de ces départements paie 5 fr. la séance jusqu'à 50 opérations, et 1 fr. de supplément par 10 opérations au-dessus de 50 : encore le pourboire à dix centimes !

Un département a procédé par vacations : l'honoraire est de 6 fr. pour une vacation de 3 heures, de 12 fr. pour la demi-journée (2 vacations), de 24 fr. pour la journée entière (4 vacations).

Partout ailleurs, les honoraires sont fixés par opérations, et les tarifs ainsi établis sont encore bien variables.

En commençant par les plus élevés, nous trouvons d'abord le département de la Côte-d'Or dans lequel les vaccinations sont payées 1 fr. 25, les revaccinations obligatoires 1 fr. et les revaccinations facultatives 0 fr. 50.

Trois départements paient 1 fr. chaque opération de vaccination ou de revaccination.

Un autre paie 1 fr. par opération jusqu'à 20 ; au-dessus de ce chiffre, le prix n'est plus de 0 fr.50.

Un second qui paie aussi 1 fr. par opération, ne donne que 0 fr.25 par constatation de résultat.

Trois départements paient 1 fr. d'honoraire par opération, mais les séances de révision sont gratuites, un quatrième agit de même et met en plus la fourniture du vaccin à la charge du médecin.

Deux départements paient 0 fr.75 la première vaccination, mais cet honoraire comprend, en plus, la révision, la revaccination s'il y a lieu, la délivrance du certificat, et même la fourniture du vaccin.

Le chiffres d'honoraires de 0 fr.60 par opération a été adopté par deux départements, mais l'un des deux met la fourniture du vaccin à la charge du vaccinateur, et l'autre ne paie que 0 fr. 30 les vaccinations.

Un assez grand nombre de départements attribuent 0 fr. 50 par chaque opération ; trois de ceux-là mettent sur ce prix la fourniture du vaccin à la charge du médecin.

Dans trois départements, c'est le prix de 0 fr.40 qui a été pour chaque opération.

Deux départements ont fixé l'honoraire à 0 fr.30 par opération, mais dans l'un des deux il est établi que le vaccinateur ne peut pas toucher par séance moins de 5 fr., mais pas plus de 20 fr., quel que soit le nombre des opérations.

Un département a fixé à 0 fr. 25 le prix de chaque opération, et il ajoute à cela une indemnité de 1 fr. 50 par séance publique ; un second donne 0 fr. 25 par vaccination ou par revaccination; un troisième paie 0 fr. 25 les opérations de vaccination, mais il réduit à 0 fr. 15 le prix des revaccinations pendant les séances de révision, et il met la fourniture du vaccin à la charge du médecin ; un quatrième alloue une indemnité de 0 fr. 25 par chaque vaccination ou revaccination et paie 0 fr. 15 chaque certificat.

Un département attribue aux médecins vaccinateurs un honoraire qui comprend le paiement de la vaccination, de la révision, de la revaccination s'il y a lieu, de la rédaction du certificat, de la fourniture du vaccin, et qui, sans indemnité kilométrique, s'élève à la somme de 20 centimes.

Enfin, il est quelques très rares départements où l'organisation du service a été faite, où on a établi des circonscriptions et nommé des médecins vac-

cinateurs, mais où on n'a inscrit aux budgets, pour ces services, que des sommes dérisoires. Les Préfets, dans leurs rapports, se contentent de dire aux Conseils généraux qu'ils savent qu'ils peuvent compter et qu'ils comptent absolument sur le zèle, le dévouement et le désintéressement si connus et si appréciés des membres du Corps médical. Mais, dans ces départements, et entre autres dans l'un d'entre eux que je ne veux pas nommer, que je connais cependant comme s'il était le mien, et dans le budget duquel figure pour ce service une somme de 600 fr. (!), lorsque les médecins vaccinateurs ont réclamé des honoraires, il leur a été répondu que le crédit inscrit au budget était à peine suffisant pour payer les imprimés nécessaires au service et le vaccin, et c'est tout !

Un second élément doit entrer en ligne de compte quand il s'agit des émoluments attribués aux médecins vaccinateurs, et dont je dois faire connaître l'organisation, pour répondre complètement à votre seconde question : ce sont les honoraires dus aux médecins pour leurs déplacements, et que l'on désigne sous le nom d'indemnité kilométrique.

Ici encore, il nous faut passer successivement en revue les réponses des sociétés locales.

Vingt-trois départements ne donnent absolument aucune indemnité kilométrique.

Un grand nombre d'autres Sociétés locales n'ayant rien répondu à ce sujet, il est certain que ce silence provient de ce que cette indemnité n'existe pas non plus chez elles, et ces divers départements doivent, par conséquent, être rangés dans le même groupe que les 23 premiers.

Dans les autres départements, les indemnités kilométriques sont tarifées ainsi qu'il suit.

Un premier groupe ne donne d'indemnité qu'à l'aller ; ces indemnités varient entre 0 fr. 20, 0 fr. 25, 0 fr. 50, 0 fr. 75 et 1 fr. ; d'autres ne donnent que 0 fr. 25 et encore seulement à partir du troisième kilomètre ; un autre paye une indemnité de 0 fr. 50, mais seulement à partir du cinquième kilomètre.

Dans un second groupe, l'indemnité est payée tant à l'aller qu'au retour et dans les conditions suivantes : 0 fr. 30, 0 fr. 35, 0 fr. 40 et 0 fr. 50 par kilomètre.

Dans un département, l'indemnité kilométrique varie selon que le déplacement se fait par voie de fer ou par voie de terre : 0 fr. 10 par kilomètre dans le premier cas, 0 fr. 50 dans le second.

Enfin, un département paie 3 fr. pour un déplacement de 5 à 10 kil., 5 fr. de 10 à 20 kil., 10 fr. de 20 à 30 kil. et 15 fr. après 30 kil.

Il me semble ressortir de ces chiffres que les médecins vaccinateurs sont encore plus maltraités au point de vue des honoraires qui leur sont attribués pour leurs déplacements que pour leurs opérations.

*
* *

3e question. — « Quelles garanties ont été prises pour laisser aux « particuliers le libre choix de leurs vaccinateurs ? »

A cette question, fort peu de Sociétés locales ont répondu. Plusieurs se sont contentées d'inscrire en regard de la question la réponse : *Aucunes.*

Quelques-unes se sont plaintes, comme nous le verrons plus loin, que ces garanties n'aient pas été prises.

Il est cependant reconnu que tous les assujettis aux vaccinations ou aux revaccinations ont le libre choix de l'opérateur, à la condition qu'ils fournissent aux maires un certificat de n'importe quel médecin constatant qu'ils ont satisfait à la loi : cette liberté est même presque inscrite dans la loi. La circulaire ministérielle du 7 août 1903, qui commente le décret du 27 juillet précédent, s'exprime en effet ainsi : « La réglementation nouvelle laisse les intéressés absolument libres du choix des opérateurs et du moment le plus favorable dans la limite des époques correspondantes aux trois périodes d'âge fixées. Elle charge les autorités locales de veiller à la stricte application de ces dispositions, d'exiger la justification des obligations incombant aux assujettis, à leurs parents ou tuteurs, d'en rendre compte à l'administration supérieure, et de provoquer contre ceux qui, dûment avertis, négligeraient ou refuseraient de se conformer à ces avertissements, les pénalités prévues à titre de sanction. »

Conformément à l'esprit de ces instructions, et au vu des certificats délivrés par des médecins autres que les vaccinateurs officiels, les maires inscrivent, sur les états qu'ils doivent fournir à l'administration, les mentions *vaccinés* ou *revaccinés* : ce sont là les seules garanties visant le choix des opérateurs.

*
* *

Quatrième question. — « Quelles mesures de contrôle ont été prises pour certifier le succès de l'opération vaccinale et assurer la pureté et l'efficacité du vaccin choisi ? »

Tous les arrêtés préfectoraux relatifs à l'organisation du service de la vaccine reproduisent les principales dispositions de l'arrêté ministériel du 28 mars 1904. C'est dans ces dispositions elles-mêmes que se trouvent les réponses aux diverses parties de votre quatrième question.

Il y est stipulé tout d'abord que les vaccinations et revaccinations publiques sont pratiquées exclusivement avec du vaccin animal. Il est établi ensuite que le service des vaccinations est placé sous le contrôle du Conseil départemental d'hygiène. Ce contrôle s'exerce par l'entremise d'une commission spéciale composée de trois membres désignés par le Préfet ; cette commission doit comprendre deux médecins particulièrement qualifiés par leurs connaissances bactériologiques et un vétérinaire. Cette même commission a aussi dans ses attributions la surveillance des établissements vaccinogènes établis dans le département.

De plus, tous les arrêtés préfectoraux stipulent que chaque séance publique de vaccination sera suivie à huit ou dix jours d'intervalle, d'une seconde séance dite, séance de révision, dans laquelle tous les assujettis aux vaccinations ou aux revaccinations, ou même ceux qui se sont fait revacciner sans y être obligés, sont tenus de se présenter, afin que le médecin vaccinateur puisse contrôler le résultat de ses operations ; en cas d'insuccès constatés, les arrêtés prévoient une seconde et même une troisième vaccination.

Telle est la règle. Mais la vérité, c'est que, d'après beaucoup de réponses fournies à ce sujet, fort peu des clients de la première séance se représentent à ces séances de révision qui, du reste, paraît-il, ne sont pas toujours faites ; encore sur ce point, est-il dit, la loi *est incomplètement et fort mal appliquée.*

Peu de réponses indiquent si les séances publiques de vaccinations dans chaque commune sont simples ou doubles ; mais dans la très grande majorité des départements, il est certain qu'il doit y avoir deux séances publiques de vaccination, l'une au printemps et l'autre à l'automne.

En ce qui concerne le vaccin à employer pour les séances publiques, un petit nombre de départements le laissent à la charge des médecins vaccinateurs, et, de plus, quelques-uns de ceux-ci, se réservent d'en connaître la provenance. Tous les autres le fournissent aux vaccinateurs, soit directement sur leur demande, soit en les autorisant à le réclamer eux-mêmes aux divers instituts vaccinogènes dûment approuvés, et placés sous la surveillance de l'Académie de médecine. Les instituts choisis par le plus grand nombre des départements sont ceux du Dr Chaumier (à Tours) et du Dr St-Yves Ménard (à Paris). Quelques départements, tels que les Bouches-du-Rhône, la Gironde, le Nord, le Rhône, et d'autres dans lesquels existent des établis-

sements vaccinogènes, se pourvoient chez eux,ainsi que quelques départements voisins.

A ce point de vue,il semble que toutes les garanties voulues ont été prises pour assurer la pureté et l'efficacité du vaccin.Il n'est pas jusqu'à la durée du temps pendant lequel il peut être fait l'emploi du vaccin délivré, et jusqu'aux conditions dans lesquelles il doit être employé, qui n'aient été indiquées d'une manière très nette et très complète aux médecins vaccinateurs. (*Circulaire ministérielle da 28 mars 1904 ; article 3.*)

DEUXIÈME PARTIE

Tels sont, résumées aussi succinctement que possible, les renseignements contenus dans les réponses faites par les sociétés locales au questionnaire que vous leur aviez adressé.

Quelques sociétés se sont bornées simplement à répondre aux questions sans ajouter ni réflexions ni commentaires : c'est le petit nombre.

La plupart ont, au contraire, présenté des observations et fait entendre des plaintes sur la manière dont fonctionne chez elles le service des vaccinations.

Ces observations que j'ai maintenant le devoir de vous faire connaître, et qui constituent la deuxième partie de ce Rapport, visent des points bien différents, tels que : le mode de nomination et le choix des médecins vaccinateurs — l'établissement des circonscriptions vaccinales ; — les honoraires attribués par les Conseils généraux pour ce service ; — la gratuité des séances publiques pour tous indistinctement — la question de la liberté du choix des opérateurs ; — la non-application de certains articles de la loi,etc. ; passons-les successivement en revue:

Mode de nomination des vaccinateurs. — Ces nominations sont faites en vertu du règlement d'administration publique établi conformément à l'article 6 de la loi du 15 février 1902 : «Dans chaque département, le Préfet nomme les médecins, les sages-femmes et les autres agents du service de la vaccination organisé par le Conseil général.»

Le décret du 27 juillet 1903, portant règlement d'administration publique,reproduit les mêmes stipulations.

Conformément aux stipulations de ces lois et règlement, et, comme on l'a vu dans la première partie de ce Rapport, presque tous les Préfets ont désigné comme vaccinateurs une partie seulement des médecins exerçant dans leurs départements. C'est contre l'exclusion d'une partie d'entre eux que protestent les médecins soit individuellement, soit par l'intermédiaire des collectivités, telles que les syndicats médicaux et les sociétés locales.

Cette exclusion, outre qu'elle peut paraître blessante, dans certains cas, pour les médecins laissés à l'écart, peut avoir pour eux aux yeux du public, disent les protestataires, certains inconvénients assez sérieux. Les gens peu au courant des usages administratifs peuvent supposer, disent-ils encore, que les médecins qui ne font pas partie du service, sont laissés de côté pour insuffisance de savoir ou pour tout autre fâcheux motif.

La limitation du nombre des médecins vaccinateurs prive, par le fait, les indigents de la liberté du choix de l'opérateur. Or,le principe de la liberté du choix du médecin ayant été reconnu pour les accidentés du travail, il serait singulier, disent toujours les mêmes protestataires, que ce principe fût méconnu pour une obligation imposée par la loi.

Cette limitation du nombre des vaccinateurs présente encore, soutient-on, un autre inconvénient assez sérieux : c'est celui de laisser croire à des assujettis à la vaccination ou à la revaccination qu'ils sont absolument tenus, de par la loi, à user des vaccinateurs officiels. Il est certain que, sinon des maires, tout au moins des agents municipaux ont pu penser que cette obligation était de droit strict, et que nul ne pouvait s'y soustraire.

Un de nos collègues appuie ce dire en signalant les agissements d'un certain garde-champêtre de sa commune : cet agent, fidèle et intelligent exécuteur de la loi, étant allé sommer les domestiques et, je crois même, la femme du médecin d'avoir à venir présenter leurs bras au vaccinateur officiel sous peine d'amende.

Toujours d'après les protestataires, il est encore une considération qui a bien aussi sa valeur. Cette monopolisation du service des vaccinations prive des médecins, qui ont besoin de faire rapporter à leur profession tout ce qu'elle peut leur donner, des honoraires attribués aux vaccinateurs. Or, comme tous les médecins contribuent, dans la mesure de leur avoir, à fournir aux départements et à l'État les ressources dont ont besoin leurs budgets, il est bien juste, conclut-on, qu'à leur tour les départements et l'Etat partagent les faveurs de cette nature d'une manière équitable entre tous les membres de notre corporation.

Enfin, il faut bien le dire, le grand grief, celui qui se reproduit dans un grand nombre de protestations relatives à la monopolisation du service des vaccinations, c'est que les Préfets ont voulu favoriser ainsi,sur bien des points, des amis politiques! J'ignore si cela est aussi certain qu'on veut bien le prétendre, mais pour montrer qu'il peut y avoir quelque chose de vrai, et sans y insister davantage je crois devoir signaler, parmi bien d'autres, le fait que voici : dans un département, un médecin, conseiller général, est désigné comme médecin vaccinateur pour toutes les communes de son canton.

Mais il surgit immédiatement une difficulté: c'est que, dans ce même chef-lieu de canton, il existe un second médecin, qui est en même temps adjoint au maire et, par conséquent, *persona grata*. Comme il faut bien aussi lui donner une situation de médecin vaccinateur, le Préfet ne trouve rien de mieux que de lui donner tout un canton voisin, dans lequel il n'a aucune attache de clientèle, et dans lequel exercent deux autres confrères ayant sans doute avec l'administration des rapports plutôt un peu frais. Ce qui fait dire au confrère qui fournit le renseignement que, pour devenir médecin vaccinateur, il vaut mieux être adjoint au maire que d'être, comme lui, ancien interne des hôpitaux de Paris.

J'aime à croire que cette ingérence de la politique n'exerce pas une influence aussi grande que veulent bien le dire cependant de nombreux confrères; mais, comme les administrations préfectorales doivent essentiellement tenir, j'en suis convaincu, à ne pas être même soupçonnées, on peut leur indiquer un moyen très simple de n'être pas effleurées par ce soupçon : il consiste à confier à tous les médecins du département, qui voudront les accepter, avec leurs charges et leurs émoluments, les fonctions de médecins vaccinateurs, et à créer pour chacun d'eux, une circonscription. Cette solution est réclamée par un grand nombre de syndicats et de sociétés locales.

Au moment où j'écris, il existe même à ce sujet un conflit assez aigu entre le Préfet et les médecins d'un département : le premier, ne voulant pas accepter la réclamation formulée par la Société locale, demandant que tous les médecins, sans exception, soient chargés du service des vaccinations, a nommé à ces fonctions les médecins du Service de la Protection des enfants du premier âge. Ceux-ci ont refusé d'accepter,par mesure de solidarité confraternelle, et cet important service n'est pas encore organisé.

Pour montrer combien il serait facile à l'administration de donner satisfaction aux demandes du Corps médical, il n'est peut-être pas inutile de faire connaître la manière dont on a procédé dans l'un des départements que j'ai indiqués comme ayant déjà pris cette mesure : je veux parler du département du Loiret.

Là, ont été établies des circonscriptions de deux

sortes : des circonscriptions urbaines et des circonscriptions rurales.

Les circonscriptions urbaines formées d'une seule commune et pourvues de plusieurs médecins, ont une importance suffisante pour que ces médecins puissent y exercer simultanément chaque année les fonctions de médecins vaccinateurs.

Dans les circonscriptions rurales comprenant une ou plusieurs communes et pourvues d'un ou plusieurs médecins, ceux-ci exercent leurs fonctions de médecins vaccinateurs d'après un système de groupement de communes et de roulement annuel permettant à chacun d'eux d'assurer le service tour à tour dans toutes les communes de la crconscription ; et M. le Préfet du Loiret ajoute : « Ce système m'a paru capable de concilier les exigences administratives avec les vœux exprimés par le Corps médical, dont la coopération bienveillante peut seule assurer le bon fonctionnement du service. »

Circonscriptions vaccinales. — Cette admission de tous les médecins d'un département comme médecins vaccinateurs permettrait une heureuse modification des circonscriptions vaccinales actuellement existantes, et répondrait aux critiques formulées sur l'étendue parfois considérable des circonscriptions. La limitation du nombre des vaccinateurs entraîne en effet l'établissement de circonscriptions vaccinales trop étendues, et comptant par conséquent un nombre tellement élevé de communes et d'habitants, que le service doit forcément laisser à désirer. Pour ne prendre qu'un exemple, je peux indiquer un département, dans lequel le nombre des habitants des diverses dirconscriptions varie de 3.500 à 22.000 !

De plus, un très grand nombre de circonscriptions comprennent, dans beaucoup de départements, des cantons entiers et jusqu'à seize ou dix-huit communes. A ce sujet encore se produisent toujours les mêmes doléances sur lesquelles je ne voudrais pas insister, mais qu'il faut bien que je signale. Ces cantons sont attribués à certains médecins à l'exclusion de tous autres confrères, parce qu'ils deviennent ainsi, disent les protestataires, de véritables fiefs électoraux.

L'augmentation du nombre des circonscriptions vaccinales aurait de grands avantages : l'application de la loi serait plus facile et mieux faite. De plus, dans les départements où on accorde aux médecins vaccinateurs une indemnité kilométrique, le total de la dépense, de ce chef serait certainement diminué et il serait donné satisfaction aux réclamations fort vives, fort légitimes et presque générales du Corps médical.

Honoraires des médecins vaccinateurs. — La rémunération actuellement accordée aux médecins vaccinateurs dans la grande majorité des départements, soit comme honoraires des opérations, soit comme indemnité kilométrique, est aussi l'objet des critiques et des réclamations les plus vives et les mieux justifiées. On a pu voir, d'après les renseignements contenus dans les pages précédentes, que ces honoraires sont très variables ; beaucoup sont véritablement trop au-dessous de ce qu'ils devraient être, et quelques-uns sont tellement dérisoires qu'on est à se demander comment ils ont pu être offerts et acceptés. Ah ! il est vrai que, dans les commentaires qui précèdent ou qui suivent leurs arrêtés, certains préfets, comme honteux d'offrir de pareils honoraires, couvrent les médecins de fleurs, louent d'une façon hyperbolique leur zèle, leur dévouement et leur désintéressement ; l'un d'eux va même jusqu'à écrire que : « Le traitement du médecin vaccinateur est un simple appui moral donné au Corps médical, une sorte d'encouragement plutôt que la juste rémunération de ses services. » N'est-il pas vraiment fâcheux que les Préfets ne puissent se contenter, comme traitement, de cet appui moral qu'ils accordent si volontiers et si généreusement aux médecins !

Bien des protestations se sont élevées à ce sujet, mais les protestations individuelles restent sans résultat ; les protestations des Associations médicales ne peuvent elles-mêmes aboutir que si, comme cela a été fait dans certains départements, le Corps médical se solidarise d'une façon complète.

Je me demande si, au point de vue des honoraires, il peut être établi un tarif uniforme, si on peut prendre, à ce sujet, une mesure générale, comme celle qui a trait à la demande d'admission de tous les médecins à la direction du service des vaccinations. Cela me paraît difficile, et il y a là une situation particulière qui doit être examinée par chaque groupe départemental des sociétés locales. On peut d'autant plus, du reste, demander le relèvement des honoraires, que ceux-ci, un peu élevés la première année d'application de la loi, iront forcément en diminuant au bout de peu de temps, lorsque ce qu'on peut appeler l'arriéré des vaccinations et des revaccinations sera écoulé.

Gratuité des séances publiques. — Une protestation d'un autre ordre que j'ai relevée dans les réponses de certaines sociétés locales est celle qui a trait à la gratuité des séances faites dans les communes, à titre administratif, par les vaccinateurs officiels. Ces sociétés voudraient qu'à ces séances publiques ne fussent admis que les seuls indigents. Cette mesure aurait, disent-elles, le double avantage de ménager les finances départementales, tout en obligeant les non-indigents à payer aux médecins les honoraires auxquels ils ont droit pour les vaccinations. Aujourd'hui, les séances publiques sont gratuites pour tous ceux qui veulent s'y présenter soit que, par leur âge, ils soient assujettis à la loi, soit qu'ils veuillent se faire vacciner ou revacciner par mesure de simple prudence.

Pour éviter ce qu'elles considèrent comme un abus, certaines sociétés demandent la création de *Bons de vaccination* gratuits pour les séances publiques. Ces bons devraient être réclamés dans les mairies, où on serait tenu de les délivrer indistinctement aux indigents et aux non-indigents ; mais on espérerait, en imposant cette réclamation préalable, éloigner les non-indigents des séances publiques et gratuites.

A cette demande formulée par quelques-uns, il peut être fait certaines objections. La première, c'est que la vaccination devenant obligatoire, l'Etat doit en assurer le service. Les adversaires de la gratuité opposent aux facilités trop grandes que trouvent, d'après eux, les non-indigents assujettis ou non à la loi, à profiter des séances gratuites, ce passage de la circulaire ministérielle en date du 7 avril 1903 : « En rendant la vaccination obligatoire, la loi n'a nullement entendu la rendre exclusivement tributaire de l'autorité publique. C'est seulement à défaut de l'initiative individuelle que l'administration a le devoir de procurer gratuitement et périodiquement aux familles les ressources nécessaires à ces opérations.

« Le législateur n'a voulu intervenir que dans la mesure strictement justifiée pour la protection des mineurs contre les dangers de l'ignorance ou des préjugés ; plus tard, il appartient aux intéressés eux-mêmes, instruits par les opérations déjà subies, d'en renouveler les effets salutaires. »

Mais la circulaire ajoute : *Les séances gratuites devront être largement ouvertes* », et je considère que c'est là une mesure fort utile.

Du reste, cette gratuité des séances publiques de vaccinations peut-elle vraiment faire une brèche importante au budget des recettes des médecins ? J'ai quelque peine à le croire.

Il suffit, en effet, d'avoir vu ce que sont les séances publiques de vaccinations dans les salles de mairies urbaines ou rurales, pour supposer que à peu près seuls en profitent et en usent ceux qui ne peuvent s'y soustraire. Cette publicité et cette promiscuité ne sont vraiment pas du goût de tout le monde ; le prix de la vaccination étant par ailleurs peu élevé, j'aime à croire que les non-indigents aimeront mieux s'adresser, en majorité, à leurs médecins ordinaires.

Malgré tout, il est possible que les médecins perdent ainsi quelques honoraires de vaccinations individuelles, mais quand on considère, d'après la statistique, combien est lourd le tribut de morts que nous payons encore en France à une maladie qui fait infiniment moins de victimes dans d'autres Etats, le corps médical voudra bien faire fléchir son intérêt privé devant cette considération si grave et si importante d'intérêt général.

Non application des pénalités. — Une autre remarque relative à l'observation de la loi et formulée dans les réponses de quelques sociétés locales consiste à dire que si cette loi est encore incomplètement observée, c'est que son article 27, relatif aux pénalités, n'est jamais appliqué. Quelques esprits inquiets ajoutent même qu'il ne le sera jamais, parce que les maires auxquels incombent les fonctions de police judiciaire, ne mettront jamais en jeu l'action publique contre les délinquants, et surtout contre tous les délinquants de leur commune.

Parmi les très nombreux documents contenus dans le gros dossier qui m'a été remis, il en est, à ce point de vue tout particulier, un bien curieux. C'est le procès-verbal de la séance d'un Conseil général, dans lequel un conseiller, certainement maire d'une commune importante, cherche à prouver à son Préfet qu'il y a nécessité absolue à faire appliquer les dispositions de l'article 471 du Code pénal à ceux qui se dérobent aux obligations de la vaccination et de la revaccination. Le conseiller termine en demandant que ce soit le Préfet qui, *centralisant* entre ses mains les listes dressées par les maires, signale et fasse poursuivre lui-même les délinquants : naturellement, le préfet refusa. La lutte fut assez vive ; des arguments assez nombreux furent invoqués par les deux parties, et, de la discussion, il jaillit cette lumière que le vrai motif qui arrête les foudres de la loi, c'est la crainte de *l'électeur* ! C'est cette même idée qu'exprime en termes énergiques le secrétaire de l'une des sociétés locales lorsqu'il dit dans sa réponse : « La loi est très mal appliquée : les maires, sauf dans de très rares communes, craignent *d'embêter* les électeurs » *(sic)*.

Peut-être serait-il bon que le ministre de l'Intérieur rappelât aux préfets et aux maires, dans l'intérêt général, l'application de la loi ; quelques exemples donnés dans chaque département triompheraient du mauvais vouloir et surtout de l'indifférence, très réelle, paraît-il, d'un trop grand nombre d'assujettis à la loi.

Avant de terminer ce trop long rapport, je crois devoir signaler une modification à la façon d'agir aujourd'hui, qui serait peut-être avantageuse.

Aujourd'hui, les maires, après avoir établi conformément à la loi et aux règlements, les listes comprenant les diverses catégories d'assujettis aux vaccinations et aux revaccinations, se bornent à faire connaître, à des moments donnés par les moyens de publicité mis à leur disposition, la date du passage, dans leurs communes, des médecins chargés de pratiquer les vaccinations publiques et gratuites.

Ne vaudrait-il pas mieux que les maires fissent tenir directement, au début de l'année, à la loi un exemplaire du certificat que ceux-ci seraient tenus de rapporter avant l'expiration de l'année, pour prouver qu'ils ont satisfait à la loi ?

Ce certificat rappellerait, par sa présence, d'une façon constante, les obligations de la loi ; il devrait, outre le libellé ordinaire, porter les mentions suivantes : 1° l'obligation de le remettre dûment signé par un médecin à une date déterminée ; 2° l'indication des pénalités que comporte l'infraction à la loi ; 3° la possibilité de satisfaire à la dite loi en usant des séances publiques et gratuites tenues par les médecins vaccinateurs ; 4° la mention de la liberté laissée toutefois à chacun pour le choix de l'opérateur.

Cette façon d'agir simplifierait peut-être le service et donnerait satisfaction à certaines réclamations. Le contrôle exercé aujourd'hui par les séances de révision et à peu près nul partout, disent les documents produits, serait effectif, chaque assujetti ne pouvant avoir au bas du certificat, la signature du médecin, sans que la réussite ou la non-réussite de l'opération eût été vérifiée. Je soumets cette idée sans y attacher autrement d'importance.

Ce à quoi il faudra arriver, et le Conseil général verra, une fois la lecture de ce rapport terminée, s'il a pour cela des propositions à faire et des indications à donner, soit à l'administration supérieure, soit aux sociétés locales, ce à quoi il faut arriver, dis-je, c'est à ce que ce service de la vaccination, si tardivement organisé en France, fonctionne de la manière la plus régulière, et de façon à sauvegarder à la fois les intérêts du public et ceux des médecins. Il faut arriver, sinon à faire disparaître complètement les épidémies de variole et les cas de mort, tout au moins à les diminuer dans la plus grande mesure possible, au bénéfice de notre Pays.

Il faut absolument qu'on arrive à atténuer et à réduire à presque rien les atteintes d'une maladie dont on a pu dire avec raison qu'elle était « *la seule maladie honteuse pour l'humanité* », parce qu'elle est la plus facilement évitable.

Organisation du service de la vaccine.

Le Conseil général appelle tout spécialement l'attention de toutes les Sociétés unies sur le très remarquable rapport de M. le Dr Sentex. Il croit devoir, comme conclusion à ce rapport, inviter les Sociétés unies à réclamer énergiquement aux Préfets et aux Conseils généraux une organisation qui permette de faire partout exécuter la loi. A cet effet, il serait urgent de réclamer :

1° Que tous les médecins exerçant dans un département fussent chargés d'une circonscription vaccinale ;

2° Que des honoraires *suffisants* et non plus dérisoires, comme dans un trop grand nombre de départements, fussent attribués aux médecins vaccinateurs.

CORRESPONDANCE

Quand Thémis ne veut pas payer ses dettes.

Bléré (I.-et-L.), 5 août 1906.

Monsieur et cher confrère,

Dans votre numéro du 24, vous avez bien voulu reproduire la lettre que je vous adressai au sujet de nos honoraires dans le cas de réquisition. Puisque ce sujet peut intéresser un jour ou l'autre chacun de nous, je vous adresse les documents que m'ont permis de recueillir mes tentatives acharnées mais vaines, pour obtenir le règlement de ces frais de justice que je croyais m'être dus dans un cas de réquisition.

1° Lettre ministérielle du 4 mars 1851 :

« Quand il est notoire qu'un homme vient de se noyer, les honoraires dûs au médecin requis par le maire, soit pour donner ses soins, soit en cas de mort pour procéder aux constatations d'usage, ne peuvent être payés par le ministère de la justice aux termes de l'art 3, n° 12, du décret du 18 juin 1811. Le médecin doit s'adresser, pour obtenir le paiement, soit à la famille du noyé, soit à la commune. »

2° Décret du 18 juin 1811 :

Art. 3, n° 12. — Ne sont point compris sous la dénomination de frais de justice criminelle... toutes autres dépenses de quelque nature qu'elles soient qui n'ont pour objet la recherche, la poursuite et la punition des crimes délits...

3° *Manuel des magistrats du Parquet* par MM. Vallet et Montagnon, n° 802 et 805.

« Les mémoires du médecin devront être spécialement contrôlés au point de vue du libellé de la colonne du mémoire intitulé : Espèce des crimes ou délits. Quand ils sont requis pour un magistrat, le plus souvent un juge de paix, de constater le genre de mort d'un individu, au sujet duquel il y a présomption de crime, ils indiquent souvent, en suite de leurs constatations, qu'ils ont procédé à la visite ou à l'autopsie du cadavre en raison de cette mort accidentelle ou d'un suicide ou encore d'une mort dont la cause est inconnue.

Il faut exiger d'eux la mention que cette mort violente faisait présumer un crime ou un délit. En ce cas, un extrait du procès-verbal du magistrat, dressé en suite des opérations du médecin et constatant la prestation de ses services, leur nature, le nombre de ses opérations et des vacations consacrées, la distance à laquelle il s'est transporté, sera joint au mémoire avec la réquisition écrite du magistrat. Cet extrait permettra de vérifier de mémoire. »

Conséquence pratique pour nous :

Quand il y a suicide chez un de nos clients et que nous sommes appelés par nos clients, rédigeons un simple certificat, un permis d'inhumer qui, demandé par la famille, nous sera réglé par la famille. Refusons tout rapport supplémentaire à MM. les gendarmes; ils n'ont qu'à copier notre certificat si la famille y consent, ou à nous faire réquisitionner.

Si MM. les gendarmes, pas contents, amènent le confrère, qui se soumet à leurs ordres pour gagner l'insigne honneur de les soigner pour rien, avertissons nos clients qu'ils ne devront pas régler les honoraires qui leur seront réclamés par ce confrère qu'ils n'ont pas appelé, et celui-ci en sera pour ses frais de déplacement.

Si, en désespoir de cause, on vous adresse une réquisition, refusez énergiquement d'y obtempérer si *elle ne porte pas que celui qui vous l'adresse agit en qualité d'officier de police judiciaire et surtout si cette réquisition ne mentionne pas qu'il y a présomption de crime*. Dans ce cas seulement elle vous sera payée et par conséquent en ce cas seulement elle est légale.

4° Dalloz, *Rép.* frais et dépenses, 110, vol. 26, p. 256.

2° Lorsque dans ces cas urgents, le magistrat réclame les services d'un homme de l'art qui n'est pas habituellement employé par les tribunaux, les vacations et honoraires doivent alors être acquittés comme frais urgents, c'est-à-dire une simple taxe et mandat du juge, conformément aux articles 133 et 134 du décret de 1811. Mais la taxe faite par le juge doit faire mention de cette circonstance. »

Je vous signale ce document pour mémoire. La loi n'est jamais appliquée sur ce point — aucun juge n'a le courage de taxer lui-même un mémoire de médecin. Ce mémoire doit être vérifié par le procureur général ! ! ! ! !

Heureux, mon cher confrère, si ces documents peuvent être utiles à quelques-uns de nous. On sait si bien nous faire travailler pour rien qu'il est peut être bon de savoir se défendre et je vous prie de croire à l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

D[r] René Lemesle,
Membre du Syndicat de Tours,
Abonné du *Concours*, membre du « Sou ».

Quelques places de médecins fonctionnaires.

Paris, le 5 septembre 1905.

Mon cher Directeur,

Au confrère qui demande des renseignements dans le *Concours* du 26 août sur les places de médecin fonctionnaire, vous pouvez répondre ceci !

Les médecins des postes sont, à Paris, au nombre de seize, plus seize suppléants, deux chirurgiens doublés de deux chirurgiens suppléants, un demi-quarteron de femmes médecin, s d'un assez grand nombre de spécialistes. Ceux-ci ne sont pas appointés. Les médecins et chirurgiens sont payés 1500 fr. par an, et 2 fr. par visite : les consultations ne sont pas rétribuées. Les opérations sont rémunérées suivant un tarif spécial. En outre, ils ont un poste téléphonique gratuit.

Ils sont nommés uniquement par la faveur, mais doivent réunir certaines conditions : avoir moins de trente ans, habiter la circonscription qu'ils desservent, faire leurs visites avec exactitude. En somme ils gagnent leur argent. Il est assez difficile de trouver une place vacante : le suppléant hérite du poste de son titulaire, et tous les médecins sont assez jeunes.

Les conditions d'admission aux divers emplois médicaux rétribués de Paris sont à peu près les mêmes. A la Préfecture de la Seine, il y a un concours sur titre assez intelligemment conçu, et ce mode de recrutement me paraît le meilleur quand il s'agit de choisir parmi des praticiens auxquels on ne peut faire passer un concours sur épreuves.

Vous savez d'autre part que c'est par un concours sur épreuves que sont nommés les médecins de l'Assistance à domicile, qui arrivent en quelques années à des situations rapportant 1500 ou 2000 fr.

Voici quelques-unes des fonctions médicales avec leur rétribution :

Médecin inspecteur de la protection des enfants du premier âge, dépendant de la préfecture de Police, 4000 fr., peu nombreux et munis de suppléants avec succession, en très grand nombre.

Médecins de la Préfecture de la Seine, nommés par concours sur titres, 1500 fr.

Médecins de l'assistance médicale gratuite 600 fr. au début, puis de 1200 à 2000 suivant les quartiers.

Médecins inspecteurs des Ecoles nommés par le Préfet sur l'avis de la Mairie 800 fr.

Médecins de l'état civil, payés par vacations, situations variant de 100 à 3500 fr. environ, nommés par le Préfet par ancienneté, sur la liste des médecins inspecteurs des Ecoles.

Médecins du Dispensaire de Salubrité de la Préfecture de Police, nommés parmi les anciens élèves ou internes de Saint-Lazare, situation (je crois) d'environ 7000 fr.

Il y en a une foule d'autres : médecins des Lycées, des prisons, des grandes postes, des Musées, des ministères, qui sont peu rétribuées, je crois, et sur lesquelles je n'ai aucune donnée précise. Il y a aussi les emplois médicaux des Chemins de fer ou des grandes industries : gaz, omnibus, métropolitain, etc.

Comme vous le dites, il serait très difficile d'établir une liste exacte et complète de ces emplois et de leurs titulaires.

J'ai toujours regretté que le corps médical n'ait pas essayé, en faisant charger ses syndicats de ces fonctions et en les confiant à des confrères dévoués de créer à ceux-ci des situations qui leur permettraient de consacrer leur temps à la défense des intérêts professionnels.

Excusez, si elle vous a ennuyé, cette longue lettre, et croyez à mes meilleurs sentiments d'estime et de dévouement.

D[r] P. Vallat,
Secrétaire des séances du Syndicat de la Seine et de l'Union des Syndicats.

A propos de l'Avis sur le sérum Marmorek.

Paris-Neuilly, le 12 septembre 1906.

Monsieur le Rédacteur en chef
et très honoré Confrère,

On vient de me soumettre le dernier numéro du *Concours Médical*, et j'y trouve, à mon grand étonnement, l'avis de la première page qui me concerne. J'ai recours à votre obligeance en vous priant d'insérer, dans votre estimé journal, une rectification indispensable.

Cet avis a été conçu et imprimé à mon insu et aussi à l'insu de M. Jacobsohn que vous mentionnez, et j'ajoute que j'en suis fort péniblement impressionné. Il contient, entre autres inexactitudes, aussi celle que je fournis « mon sérum aux médecins qui veulent l'essayer ».

J'ai donné, tout à fait exceptionnellement, mon sérum antituberculeux à certains médecins qui furent amenés à me le demander à la suite de publications scientifiques parues sur ses effets. Mais, le sérum, dont je ne dispose que d'une quantité restreinte, est, en général, appliqué dans des cliniques et ne peut nullement être donné à tous les médecins qui en font la demande.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef et très honoré Confrère, l'expression de mes sentiments très distingués. D[r] A. Marmorek.

REPORTAGE MÉDICAL

Les renseignements officiels sur l'indemnité de première mise d'équipement pour tous officiers de réserve et de territoriale. — Art. 25. — Une indemnité de première mise d'équipement est payée dans les limites du crédit inscrit au budget, au fur et à mesure des nominations :

1° Aux sous-lieutenants de réserve *et assimilés*, PROVENANT DES ANCIENS SOUS-OFFICIERS DE L'ARMÉE ACTIVE, des anciens engagés conditionnels d'un an, ayant obtenu l'exonération de tout ou partie de la *prestation de 1,500 francs*, des anciens élèves des Écoles polytechnique et forestière, ayant obtenu la remise de tout ou partie de la pension, des anciens élèves de l'Ecole centrale des arts et manufactures au nombre de 20 au maximum, signalés par le Conseil d'administration de ladite école comme susceptibles de recevoir une première mise d'équipement ;

2° Aux sous-lieutenants et assimilés de l'armée territoriale, provenant des anciens sous-officiers de l'armée active, ou des anciens engagés conditionnels d'un an ayant obtenu l'exonération de tout ou partie de la prestation de 1,500 francs.

Les caporaux ou brigadiers nommés sous-officiers, soit le jour même de leur renvoi dans leurs foyers, soit après leur passage dans la réserve, ne sont pas considérés comme d'anciens sous-officiers de l'armée active et n'ont pas droit à la première mise d'équipement.

La quotité individuelle de cette indemnité est fixée à 250 fr. pour les officiers (réserve et armée territoriale) des corps de troupe à pied, et à 300 fr. pour les mêmes officiers des troupes à cheval, *du personnel de santé*, des personnels administratifs et les aides-vétérinaires.

L'indemnité est payée dans la circonscription où réside l'ayant droit. L'officier de réserve ou l'officier de l'armée territoriale rayé des cadres par suite de révocation ou de condamnation, doivent effectuer le remboursement au Trésor de l'indemnité qu'ils ont reçue ou le reversement dans les magasins des effets réglementaires.

Cette disposition est applicable aux officiers de réserve et aux officiers de l'armée territoriale en instance de démission.

LES OFFICIERS (RÉSERVE ET ARMÉE TERRITORIALE) N'AYANT PAS DROIT A L'INDEMNITÉ DE PREMIÈRE MISE D'ÉQUIPEMENT REÇOIVENT GRATUITEMENT SUR LEUR DEMANDE, DES EFFETS D'HABILLEMENT EN DRAP DE SOUS-OFFICIER. (INSTRUCTION MINISTÉRIELLE DU 18 MARS 1896, TITRE VI, ART. 68).

(Extrait du *Bulletin officiel du Ministère de la Guerre*, volume 72, page 86.)

Circulaire du ministre de la guerre relative aux permissions d'examen des étudiants incorporés. 25 juillet 1906. — J'ai l'honneur de vous prier de prendre les mesures nécessaires pour que les chefs de corps donnent à ces jeunes gens, sur le vu de la convocation qui leur aura été adressée par l'autorité compétente, des permissions d'une durée strictement suffisante pour venir passer leurs examens.

Cette faveur est spéciale à la prochaine session d'octobre-novembre, et j'appelle l'attention des départements ministériels intéressés sur la nécessité de prendre, à partir de 1907, les mesures nécessaires pour que les diverses catégories d'étudiants puissent désormais subir leurs épreuves avant le 1[er] octobre, en raison de l'incorporation de la classe.

Les permissions accordées en vertu de la présente circulaire viendront en déduction de celles qui pourront l'être par application du deuxième alinéa de l'article 38 de la loi du 21 mars 1905.

Congrès d'hygiène et d'assistance de Tourcoing. — Du 19 au 23 septembre prochain, à l'occasion de l'Exposition internationale des industries textiles, sera tenu, à l'Hôtel-de-Ville de Tourcoing, un Congrès d'hygiène et d'assistance.

Le prix de la souscription au Congrès est fixé comme suit : 6 francs pour la section de l'Hygiène (19-21 septembre) ; 6 francs pour la section de l'Assistance (21-23 septembre), en cas d'adhésion à l'une ou l'autre de ces sections isolément. La souscription est réduite à 10 francs pour les adhérents aux travaux des deux sections.

La cotisation donne droit au compte rendu imprimé du Congrès qui sera distribué ultérieurement. Les congressistes bénéficieront d'une réduction de 50 pour 100 à l'entrée de l'Exposition. Les quatre rapports soumis à la discussion du Congrès seront imprimés et distribués. La compagnie du chemin de fer du Nord délivrera des billets de demi-place valables du 18 au 24 septembre.

Nota. — Les adhérents au Congrès sont priés : 1° de faire parvenir leur cotisation en un bon de poste adressé à M. Julien, secrétaire général du Congrès, 122, rue Nationale, à Tourcoing ; 2° de renvoyer, pour obtenir des Compagnies de chemin de fer les billets demi-place nécessaires, leur bulletin avec indication de la gare de départ et l'itinéraire suivi.

Les sociétés de secours mutuels et l'exercice illégal de la médecine. — M. le prof. Arnozan, raconte dans le *Journal de médecine de Bordeaux* le fait suivant qui est très suggestif :

« Le Médoc est un des pays de France où la croyance aux sorciers n'a jamais faibli, en dépit de toutes les révolutions. Cette croyance est non seulement chère à un grand nombre d'individus, elle est consacrée par les associations, comme en témoigne le fait suivant, qui m'a été raconté récemment par un de nos aimables confrères de cette région.

« Dans une commune, une certaine Société de secours mutuels n'a pas hésité à payer à deux reprises à la famille d'un de ses membres les frais d'un voyage auprès d'une sorcière très réputée des environs de Bordeaux, pour apporter à la voyante un gilet de flanelle ou une chaussette du sujet. Ces deux voyages ont coûté plus de 115 fr. à la Société, qui donne péniblement 210 fr. à celui de nos confrères qui soigne ses nombreux malades pendant toute l'année.

« Ce modeste fait divers n'est-il pas réellement intéressant pour ceux qui s'occupent de l'exercice illégal et des rapports entre médecins et mutualistes » ? (*Bulletin médical.*)

Le Directeur-Gérant : D[r] H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année — N° 38 — 23 SEPTEMBRE 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

Le certificat d'études médicales supérieures

Sur la brûlante question qui préoccupe surtout à cette heure le corps médical, nos lecteurs ne se plaindront pas de nous voir passer la plume éditoriale, pour aujourd'hui, à M. le Dr Lucas-Championnière.

La fin du mois de juillet a vu paraître un décret fort important pour la profession médicale, créant un certificat d'études médicales supérieures.

La promulgation de ce décret a été précédée de la publication d'un rapport du professeur Bouchard au Président de la République. D'après lui, au cours des examens et des concours, on a constaté que les notions générales sur l'histologie, la physiologie; l'anatomie pathologique, sont peu à peu abandonnées.

D'un autre côté, la nécessité s'impose de subdiviser et de spécialiser les épreuves d'agrégation puisque les chaires elles-mêmes auxquelles l'agrégation prépare sont spécialisées.

L'auteur pense que la meilleure manière de remédier aux inconvénients de l'état actuel, c'est de constituer des examens spéciaux exclusivement consacrés aux sciences qui servent de base à la médecine.

Ces examens donneront droit à un *certificat d'études supérieures* qui sera exigé de tout concurrent à l'agrégation et même de tout sujet aspirant à professer, sous une forme quelconque, parmi les auxiliaires des écoles.

L'agrégation sera remaniée et réduite à sa plus simple expression.

Il semble, au premier abord, que tout ceci soit fort anodin, très spécial, et peu de nature à émouvoir le public médical. Cependant la nouvelle création a une fort mauvaise presse. En y réfléchissant, on s'explique fort bien pourquoi.

D'abord, elle crée un état de choses très nouveau, qui n'a peut-être pas les avantages qu'on en espère. Puis, il est facile de s'apercevoir que le grand public donnera à coup sûr une interprétation très nette aux suites de la création nouvelle. Le voulant ou ne le voulant pas, l'Université va lui présenter désormais deux catégories de médecins, au grand détriment de tous ceux qui n'auront pas le temps ou les ressources pécuniaires suffisantes pour obtenir le diplôme de médecin supérieur.

Ce n'est peut-être pas que l'utilité théorique et pratique du certificat d'études médicales supérieures soit tout à fait contestable. Le rapport de M. le Professeur Bouchard qui en a précédé la

création était fort travaillé et évoquait un certain nombre d'arguments sérieux. Mais peut-être y avait-il, pour l'enseignement de la médecine, des desiderata infiniment plus pressés que celui-là.

Dans une lettre au *Concours médical*, bien conçue du reste, le docteur Declerc, de Lille, qui proteste contre la création d'un ordre supérieur de médecins, insinue que si les médecins sont insuffisamment instruits, il y a bien quelque raison de le reprocher non à leurs éminents professeurs, mais au système qu'ils subissent et rappelle que, dans nos facultés, les vacances sont :

Pour les grandes, quatre mois, 120 jours.

Pour les petites, 35 jours ;

Pour les dimanches et jours fériés qui restent, 45 jours.

Cela fait au total 200 jours.

Il ne reste donc pour le travail que 165 jours qui sont divisés en un semestre d'été et un semestre d'hiver, ce qui ne fait pour le professeur que 83 jours d'enseignement effectif.

Cette addition mériterait d'être discutée. Toutefois, elle suffit à démontrer que ceux qui se contentent de l'enseignement de la faculté pour travailler n'ont pas assez de chances de faire une besogne sérieuse.

La création d'un ordre de médecins supérieurs ne paraissait pas répondre à un besoin aussi urgent que la réforme des études.

C'est là, sans doute, une discussion à côté, quoiqu'elle ait bien son importance. Il est certain que nous ne tirons pas un effet suffisant des ressources d'enseignement si précieuses que nous possédons. Je me suis déjà arrêté sur ce sujet (Art. 21196).

Mais cela ne constitue peut être pas une raison suffisante pour bouleverser par un décret tout notre état social médical. Jusqu'aujourd'hui, les membres de la profession qui veulent développer leurs études scientifiques, en obtenir quelque manifestation utile, se soumettent à la loi du concours.

C'est une forme de manifestation qui n'exclut point l'effort pour produire les travaux originaux et ce travail spécial du concours ne saurait par lui-même porter aucun ombrage à ceux qui ne l'entreprennent pas et cherchent par un autre genre de travaux personnels à acquérir une notoriété particulière.

Il est pourtant de mode de débiner le concours, de l'attaquer comme nuisible à autrui.

Le simple examen de la situation redoutable que peut créer à la profession un ordre de médecins supérieurs par des examens, et par la simple volonté d'un groupe d'examinateurs déterminés fera, nous le pensons, revenir à une plus saine appréciation du concours.

Le concours est essentiellement démocratique, à la double condition qu'il soit accessible à tous et que les épreuves apportent aux candidats toutes les garanties souhaitables. Je conçois qu'on discute les garanties du concours. Je ne conçois guère qu'on discute son principe.

Or, ces garanties existent dans le choix judicieux des épreuves, dans la multiplicité des juges et surtout dans les épreuves passées au plus grand jour possible. C'est la meilleure manière de mettre en œuvre la compétence et l'honnêteté du juge.

Quand nous discuterons cette question, nous chercherons à démontrer que, plutôt que de détruire le concours, il vaudrait mieux le perfectionner.

L'un des arguments invoqués par M. Bouchard est le suivant :

« A force de modifier dans un mauvais sens les épreuves du concours, on s'est aperçu que les concurrents devenaient de plus en plus faibles pour les sciences fondamentales.

« C'est là un danger à la fois pour le niveau général de la science et pour les éléments futurs de l'enseignement. »

Il suffisait peut-être, pour remédier à cet inconvénient, de reviser un peu les programmes du concours et de modifier certaines épreuves et certains modes de concours.

On a cherché un moyen plus compliqué et la recherche de candidats ayant reçu une instruction scientifique plus générale a mené, par surcroît, à la création d'un ordre supérieur de médecins.

Il n'est pas difficile de concevoir que cette création sera infiniment moins démocratique que le concours.

Beaucoup de nous, concourant, n'avions que des ressources tout à fait insuffisantes pour parcourir les étapes nécessaires afin de donner à nos études la longueur démesurée qu'il leur faut pour acquérir un bagage scientifique suffisant.

Le concours était à la fois un but et un moyen.

Ici rien de tel. La prolongation des études n'a plus de compensations. Le but à poursuivre réclamera du *temps* et des *frais*.

Il est curieux de constater que l'on reproche au concours d'empêcher les travaux originaux, ce que les faits ont toujours démenti, et on y ajoute ici des études techniques spéciales qui ne peuvent avoir qu'un résultat, c'est de prendre encore un temps considérable au sujet.

Il est vrai de dire que toutes ces innovations n'ont qu'un but avéré : modifier les conditions du concours d'agrégation et le spécialiser.

Si on y regarde d'un peu près, il s'agit plutôt, en fait, de supprimer ce concours d'agrégation.

L'agrégation ne comprendra plus aucune épreuve sur le fond du candidat.

Il y aura le fameux exposé des titres. Si celui-ci comprenait quelque chose de *nouveau*, ce quelque chose serait toujours non apprécié ou rejeté par tout jury.

Quant aux épreuves faites avec des livres, leur jugement serait un leurre pour le candidat comme pour le jury.

De fait, on veut supprimer ce concours et on n'a pas le courage de le dire.

Dans l'état actuel, avec les altérations que, peu à peu, on lui a fait subir, la suppression semblerait probablement le système le plus logique et l'ensemble du public médical ne s'y intéresserait peut-être pas beaucoup.

Ce qui crée une situation nouvelle et dangereuse, c'est que rien n'obligera l'obtenteur du diplôme supérieur à concourir pour l'agrégation. Nombreux seront ceux qui le rechercheront simplement pour se présenter au public comme médecin de qualité supérieure à celle des médecins qui n'auront pas de titre supplémentaire. Tandis que ceux qui réussissent au concours sont peu nombreux, ceux qui auront ce certificat seront nombreux.

On l'obtiendra facilement, surtout si on peut y mettre le temps, car il sera possible de fragmenter les épreuves.

En y mettant le temps, ceux qui seront pourvus d'un capital suffisant pourront toujours y arriver.

Il est même vraisemblable qu'il y aura de grandes irrégularités dans la valeur de ce diplôme, quoiqu'il y ait toute une chinoiserie très calculée pour la composition des jurys d'examens.

En définitive : il est très facile de prévoir que le nombre des titulaires sera tel, que l'on aura bien réellement créé un ordre nouveau de médecins, juste peu de temps après qu'on a fait la suppression grave des officiers de santé pour uniformiser les médecins.

Cependant les arguments en faveur de l'officiat de santé n'étaient pas sans valeur.

Cette fois, on sacrifie l'unité de la profession sans avantages sensibles ni pour cette profession, ni pour le public.

Il y avait pour la pratique médicale de bien plus intéressants progrès à proposer.

Il est bien certain que la loi qui nous autorise à exercer toutes les branches de la médecine ne saurait nous obliger à être experts et impeccables en toutes choses.

On a fait remarquer qu'il serait sage de donner une instruction spéciale à tous ceux qui voudront exercer la chirurgie, à tous ceux qui voudront pratiquer l'oculistique, la laryngologie, la rhinologie, l'otologie, la médecine mentale, la médecine légale, etc., etc.

Mais la pratique ne saurait nous conduire jusque-là. Le diplôme doit témoigner que nous avons sur ces matières des notions suffisantes pour diriger nos clients.

Pour indiquer que nous nous sommes spécialisé dans une des branches, nous avons les concours, les travaux spéciaux et, tout en ayant les moyens de perfectionner la science, nous n'avons pas admis qu'il y eût là à créer une hiérarchie des titres.

Or, ce que la pratique semblerait justifier par une utilité immédiate, nous allons le faire au nom de la théorie scientifique et tromper du reste le public qui s'imaginera que ce titre supérieur lui promettra des médecins plus avertis et d'un meilleur conseil.

Il n'en sera rien sans doute. Mais le titre sera là.

Si on n'avait eu que le désir de compléter ou de simplifier l'agrégation, il était bien simple de la faire en deux temps, ou d'exiger la licence, en un mot de ne rien créer qui pût porter ombrage au praticien qui va se trouver en possession d'un titre inférieur, alors que la loi exige de lui des études et des examens suffisamment longs et compliqués pour constituer son droit au monopole de l'exercice de la médecine.

(Extrait du *Journal de médecine et de chirurgie* de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE).

LA SEMAINE MÉDICALE

L'eau de mer en thérapeutique chez les tuberculeux.

M. le Dr VÉDY, de Lyon, a étudié dans sa thèse les effets de l'eau de mer sur 22 cas de tuberculose. On administre généralement par voie sous-cutanée l'eau de mer, puisée au large, stérilisée par filtration et diluée, connue sous le nom de « plasma de Quinton ». Cependant on peut l'employer en ingestion et le procédé est important à connaître. Sous cette forme, la détermination de la dose a son importance. En effet, à partir de 500 centimètres cubes par jour, l'eau de mer est purgative. La quantité qui paraît préférable est celle de 200 centimètres cubes par jour d'eau de mer pure, la dilution n'ayant pas ici la même nécessité que dans le cas d'injection. Aux malades pour lesquels M. Védy a utilisé ce moyen d'administration, il a fait prendre la dose quotidienne en deux fois et par moitiés, absorbées l'une le matin à jeun et l'autre avant le repas de midi. Dans ces conditions, l'eau de mer est très facilement et rapidement absorbée, comme le démontre l'apparition d'un excès de chlorures dans l'urine quelque temps après l'absorption du médicament.

« En résumé, M. Védy a réuni vingt-deux cas de tuberculose qu'il a traités par le plasma de Quinton ou par l'eau de mer en injection ou en ingestion. Dix fois, on n'a constaté aucune amélioration. Dix fois, il s'est produit une amélioration persistante. Deux fois, il s'est manifesté une amélioration passagère.

« Les dix cas d'amélioration persistante comprennent un cas de pleurésie, dont l'origine tuberculeuse fut démontrée par l'examen cytologique du liquide, cinq cas de tuberculose au premier degré et quatre cas de tuberculose à un stade de son évolution intermédiaire entre la première période et la période de ramollissement. Trois de ces quatre derniers cas ont été traités, non seulement par le plasma, mais encore par le séjour prolongé au bord de la mer.

« On peut donc dire, en se limitant toutefois à ces observations, que la médication par l'eau de mer est susceptible d'aider puissamment au traitement de la tuberculose au début, tandis qu'elle ne paraît avoir aucun effet sur l'évolution de la tuberculose aux deuxième et troisième périodes. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le Professeur ROBIN.

La migraine ophtalmique des dyspeptiques et son traitement.

Je voudrais vous parler, aujourd'hui, d'une malade actuellement hospitalisée dans le service, salle Axenfeld, n° 4 *bis*.

C'est une jeune femme de chambre de 24 ans atteinte de troubles dyspeptiques assez intenses. Bien qu'ayant de l'appétit, nous a-t-elle dit, elle a peur de manger. Elle ressent, en effet, aussitôt après le repas, une lourdeur épigastrique pénible, et, au bout de trois heures environ (vers 4 ou 5 heures de l'après-midi et vers une heure du matin), elle est prise d'une crise douloureuse de l'estomac qui s'accompagne de crampes, de tiraillements, de régurgitations acides ; pour échapper à ces souffrances, elle préfère ne pas s'alimenter. A l'examen, l'estomac se montre distendu, clapotant, la langue sale, chargée. Il s'agit d'une dyspepsie hypersthénique avec hyperchlorhydrie, stase et fermentations secondaires. L'analyse du suc gastrique justifie ce diagnostic : après repas d'épreuve, nous avons retiré 80 cent. cubes d'un liquide épais, à odeur butyrique, contenant les proportions d'acide suivantes :

H (HCl libre).................	1 gr. 40
au lieu de la normale 0 gr. 50	
C (HCl combiné)..............	1 gr. 60
au lieu de la normale 1 gr.	
F (acides de fermentation)......	0 gr. 90
au lieu de la normale 0 gr. 10.	
Soit acidité totale.............	3 gr. 90
au lieu de la normale 1 gr. 60.	

Il y a donc hyperacidité considérable et l'on conçoit que, dans ces conditions, la digestion des féculents et des albuminoïdes ait présenté des modifications importantes. On a trouvé dans le suc gastrique une grande quantité d'amidon n'ayant subi aucune transformation, une grande quantité d'érythro-dextrine (stade intermédiaire de la digestion des féculents), beaucoup de syntonine, et, par contre, peu de sucre, très peu de pro-peptone, encore moins de peptone.

Je n'insisterai pas sur ces troubles dyspeptiques, ayant eu déjà l'occasion de vous parler longuement de la dyspepsie hypersthénique. Je les ai signalés seulement parce qu'ils sont, ici, le point de départ d'un accident spécial, relativement fréquent, qui déroute et intrigue le médecin non prévenu. Le phénomène en question est oculaire et offre les caractères de la migraine dite ophtalmique. Ce sera pour moi une occasion de vous exposer les différents symptômes oculaires provoqués par les dyspepsies et de vous indiquer le traitement qu'ils comportent.

De quoi se plaint donc encore notre malade ? De temps à autre, par périodes, généralement vers 11 heures du matin ou 3 heures de l'après-midi, elle est prise de troubles singuliers. Elle voit un objet placé devant elle remuer ; puis, les contours de cet objet disparaissent, deviennent flous, et elle aperçoit à sa surface des stries brillantes. Dans une troisième phase, l'œil de la malade n'a plus qu'une perception vague de l'objet et ne voit qu'une boule noire. Cela dure 1/4 d'heure, 1/2 heure, et se termine toujours par un violent mal de tête qui se prolonge plusieurs heures.

Cet ensemble constitue un premier type de migraine ophtalmique. Il n'est pas le seul ; les formes de cette affection sont, en effet, innombrables. Il est bon d'en connaître les principales.

Dans une autre forme, l'accès est plus complexe. On note une sorte d'aura, consistant en un sentiment de bien-être, de légèreté. Tout à coup le patient ressent, de chaque côté des yeux, une impression bizarre, comme si on l'empêchait de regarder latéralement. Une ombre couvre la moitié des objets (hémiopie temporaire). En même temps, peuvent survenir des palpitations. Puis, comme dans la forme précédente, apparaissent des raies brillantes, des lignes droites qui s'entrecroisent, des anses, des arcades qui se superposent. Au bout de quelques instants, le malade ne distingue plus rien qu'une pluie brillante (scotome scintillant). D'autres fois, l'œil voit des cercles mobiles, comme il s'en produit lorsqu'on jette une pierre dans l'eau. Le globe oculaire est douloureux. Dans les cas plus accentués — qui semblent plus graves, mais ne le sont pas — il y a des fourmillements dans les bras et dans la langue, des vertiges, des troubles auriculaires (surdité, amoindrissement ou éloignement des sons), de l'embarras de la parole, des nausées allant parfois jusqu'au vomissement, qui, s'il survient, termine la crise. Quand l'accès ophtalmique est fini, la migraine éclate, violente, et dure plusieurs heures, souvent 24 heures. La diarrhée, une émission abondante d'urine peuvent se montrer à ce moment.

A côté des formes intenses de migraine ophtalmique, il est des formes atténuées. Le malade accuse seulement alors une vision indistincte ; l'air lui semble agité (à la façon de l'air chauffé qui se trouve autour d'un poêle) et masque les objets par ses ondulations. Ici, généralement, le mal de tête est léger, il n'y a pas vraie migraine.

La migraine ophtalmique, que je viens de décrire, n'est pas le seul trouble oculaire rencontré chez les dyspeptiques. Ces malades peuvent avoir des scotomes simples, des points noirs sur les objets, sans céphalée consécutive. Ils peuvent avoir également, de l'asthénopie musculaire. Cette curieuse manifestation s'observe principalement chez les gens de cabinet, les liseurs, les élèves qui préparent des examens ou des concours. Elle consiste en une sensation douloureuse péri-orbitaire, accompagnée de difficulté de l'accommodation, la vision des deux yeux ne concordant pas. Un autre trouble des dyspeptiques est la pseudo-conjonctivite ; le patient a, dans ce cas, une sensation de brûlure oculaire, de gravier. Il se frotte les yeux, qui rougissent sous cette manœuvre : en dehors de cette rougeur artificielle, il y a peu d'hyperémie conjonctivale.

On rencontre quelquefois, enfin, chez les dyspeptiques, de la lenteur de l'accommodation, des

brouillards passagers, des scotomes atténués, une persistance anormale des impressions colorées sur la rétine. Ce dernier symptôme se produit chez des personnes travaillant beaucoup le soir, à la lumière. Les malades en question se couchent et, à ce moment, voient devant leurs yeux des couleurs diverses qui se déplacent et prennent (l'imagination aidant) des formes plus ou moins singulières.

Tous ces accidents morbides, d'origine dyspeptique, se rapprochent de la pathologie oculaire et nerveuse. On a fait, pour les expliquer, des hypothèses multiples. Comme toujours, lorsque l'estomac est en cause, on a mis en avant deux théories : la théorie de l'intoxication et la théorie de l'action réflexe. La théorie de l'intoxication n'est pas soutenable, aucun produit toxique n'ayant été trouvé, en l'espèce. Il faut savoir aussi que ces complications oculaires se rencontrent, non pas dans les maladies graves de l'estomac, non pas dans l'ulcère ou le cancer, mais dans les affections superficielles de cet organe, dans les dyspepsies fonctionnelles — autre raison pour rejeter l'idée d'intoxication. L'action réflexe est la seule pathogénie qui puisse être logiquement invoquée. D'ailleurs, ce qu'il importe de connaître, c'est beaucoup moins la théorie que la pratique, c'est-à-dire la thérapeutique, les moyens d'amener la guérison.

Le traitement comprend trois parties : la médication préventive, la médication curative, la médication de l'accès.

Les malades ayant eu des troubles oculaires de ce genre doivent être soumis au régime strict de l'hypersthénie gastrique. Je vous ai déjà longuement décrit ce régime ; je vous le rappelle en quelques mots. On permettra : les potages maigres, le bouillon de bœuf frais, tous les poissons, sauf les poissons gras (sauf merlan, hareng, anguille, maquereau), les poissons cuits à l'eau, bouillis, toutes les viandes, à condition qu'elles soient rôties ou bouillies et sans sauce, les œufs, excepté en omelette, les légumes cuits à l'eau, à l'anglaise, mangés avec du beurre frais, les pâtes alimentaires, cuites à l'eau et additionnées de beurre frais seulement, les crèmes, les œufs à la neige, les compotes de fruits, les fruits cuits. Comme boisson, l'eau pure, les eaux minérales indifférentes. On défendra le café, le thé, que l'on remplacera par des infusions d'anis, de tilleul, de camomille. Le café, le thé, le tabac, les boissons alcooliques seront donc supprimées.

L'hygiène consistera en une diminution du travail intellectuel. Le malade mènera une vie active, en plein air, avec augmentation de l'exercice musculaire. Il évitera la lumière vive.

Comme thérapeutique médicamenteuse curative, vous prescrirez :

1° Un verre à bordeaux, le matin à jeun, de macération de quassia. Préparer celle-ci en mettant, le soir, dans un verre d'eau, 1 gr. de copeaux de quassia et laisser macérer jusqu'au lendemain. Le matin, prélever et boire la quantité voulue, et déjeuner 1/4 d'heure après.

2° Avant chaque repas, de midi et du soir, prendre, dans une eau légèrement alcaline (Vals), six gouttes de teinture de noix vomique.

3° Après le diner, en se couchant, prendre dans un peu d'eau, un des paquets suivants :

Bicarbonate de soude........ / Hydrate de magnésie........	ãã 4 gr.
Sucre blanc.................. / Carbonate de chaux précipité..	ãã 6 gr.

diviser en 12 paquets.

Continuer ce traitement 8 jours, suspendre 4 jours, recommencer 8 jours, et ainsi de suite. Cesser quand les crises ont disparu, pour reprendre si elles reviennent. Peu à peu, les accès s'éloignent et finissent par disparaître définitivement.

Il est également indispensable d'entretenir la régularité des garde-robes avec des grands lavements ou des pilules savonneuses, à l'aloès. Si votre malade est affaibli, vous vous trouverez bien de la cure hydrothérapique, à condition d'indiquer la façon de la conduire. Le doucheur commencera par un jet brisé tiède, sous lequel le patient tournera deux ou trois fois, présentant successivement le dos, la face antérieure et les parties latérales de sa poitrine (durée : une minute) ; il continuera par une pluie froide avec une pomme d'arrosoir adaptée à la lance, donnant un nuage froid, au travers duquel le malade passera 2, 3, 4 fois (durée : quelques secondes) ; il terminera par un plein jet froid sur les jambes et sur les pieds, deux coups brusques sur chaque pied. Le malade sera, enfin, enveloppé dans un peignoir, frictionné, séché, et il rentrera chez lui à pied.

Voici maintenant le traitement de l'accès.

Il est difficile, je n'oserai pas dire impossible, d'arrêter une crise déclarée de migraine ophtalmique : néanmoins, on peut l'atténuer, surtout en ce qui concerne le mal de tête.

Dès que l'accès s'annonce, faites prendre un gramme de bromure dans une tasse de valériane. Cela reste-t-il insuffisant, recommandez, la fois suivante, un lavement (à garder) avec 1 gr. d'antipyrine et 0 gr. 75 de bicarbonate de soude. Cela ne donne-t-il pas encore de résultat, ayez recours, en troisième lieu, contre les nouvelles crises, à la potion suivante :

Pyramidon	3 gr.
Bromure d'ammonium......	5 gr.
Sulfate de spartéine	0 gr. 10
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 10
Valérianate de caféine......	0 gr. 50
Sirop d'écorces d'oranges... Q. S. pour 10 cuillerées à soupe.	

Chaque cuillerée renferme 0 gr. 30 de pyramidon, 0 gr. 50 de bromure, 0 gr. 01 de cocaïne et de spartéine, 0 gr. 05 de valérianate de caféine. En donner une cuillerée à soupe immédiatement et une seconde cuillerée deux heures après.

Un moyen qui réussit assez bien est le massage doux, par effleurage, de la tête, surtout dans la région de l'artère temporale et de l'artère sus-orbitaire.

Deux mots, enfin, du traitement de l'asthénopie musculaire.

Elle atteint ordinairement les hommes de cabinet, les jeunes gens préparant des examens, qui se trouvent ainsi empêchés de poursuivre leurs travaux. Eh bien, en outre de la thérapeutique dont je viens de parler, ces malades retireront profit de l'usage de verres prismatiques, la grosse extrémité du prisme étant tournée du côté du nez. Les malades porteront ces lunettes chaque fois qu'ils travailleront.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Sarcome mélanique de la choroïde

Par M. le Prof[r] S. Baudry.

(Leçon recueillie par M. Solau, externe du service, et revue par le Professeur.)

J'ai procédé dernièrement, en votre présence, à l'énucléation de l'œil droit d'une jeune fille, pour une tumeur qui vous a été présentée aussitôt après l'opération et dont l'aspect macroscopique était celui d'un champignon à base assez large, reposant sur la portion de sclérotique qui avoisine le nerf optique et le sépare de son chapeau hémisphérique par une sorte d'étranglement pédiculé. La rétine était entièrement décollée : le nerf optique, examiné à un fort grossissement, ne présentait aucune altération néoplasique ; les autres membranes oculaires paraissaient également indemnes.

L'examen microscopique, pratiqué par M. le D[r] Debeyre, a établi que nous avions affaire à un sarcome mélanique à cellules fusiformes qui a débuté dans la choroïde pour s'étendre peu à peu vers le corps vitré, mais avec une tendance à envahir les assises les plus internes de la sclérotique.

Les lames moyennes et les plus internes de cette membrane sont dissociées et infiltrées de cellules conjonctives, allongées, fusiformes, beaucoup plus abondantes qu'à l'état normal. En certains points, on distingue çà et là de petits îlots fortement pigmentés, presque complètement noirs. Etudié à un fort grossissement (Reichert n° 7, a), chacun de ces îlots est constitué par un amas de huit à douze éléments cellulaires fusiformes ou légèrement étoilés, ou bien irrégulièrement arrondis, remplis de granulations pigmentaires sombres.

La choroïde est représentée par de larges zones hémorragiques contenant, de-çi de-là, quelques fibrilles conjonctives grêles peu nombreuses et des cellules pigmentées. Dans cette masse d'hématies et de leucocytes extravasés, on remarque disséminées des cellules ovoïdes ou présentant aux extrémités opposées d'un même diamètre de longs prolongements protoplasmiques ténus.

Cependant la tumeur n'est pas substituée partout au tissu propre de la choroïde, qui reste saine vers la partie antérieure.

La rétine décollée par le néoplasme n'offre rien de particulier. L'iris et le corps ciliaire n'ont pu être étudiés, par suite d'un défaut de technique dans la fixation.

Voici, maintenant, l'observation de notre malade :

Mlle L..., âgée de 19 ans, vint me consulter de la part de notre excellent confrère le D[r] P..., il y a quatre semaines environ, pour une perte progressive de la vision de l'œil droit remontant à quelques mois; — vision réduite ce jour là à la perception lumineuse.

Pas d'hérédité connue. Comme antécédents personnels, Mlle L... accuse une amygdalite et une otite moyenne suppurée avec perforation du tympan, à l'âge de 11 ans. Depuis, sa santé a été habituellement bonne ; elle n'a jamais consulté pour ses yeux et a toujours parfaitement vu, de loin comme de près; elle ne se rappelle pas avoir reçu de coup ou de choc sur l'œil droit.

Il y a cinq mois environ, en fermant par hasard l'œil gauche, elle s'aperçut d'un trouble de la vision à droite; ce trouble ne fit qu'augmenter pour aboutir à la cécité actuelle. L'œil gauche est resté intact.

Aujourd'hui, les deux yeux ont un aspect normal. Aucune injection de la conjonctive ; la cornée, la chambre antérieure et l'iris ne présentent pas d'altération appréciable. La pupille droite régulièrement dilatée est peu contractile. La tension est normale ; aucune douleur à la palpation.

A l'éclairage oblique, on aperçoit très facilement, vers la région inféro-interne, une masse arrondie assez volumineuse, de coloration jaune pâle, sillonnée de nombreux fins vaisseaux. Le cristallin, normal, est à sa place.

Avec le miroir ophtalmoscopique, on distingue mieux les détails de la tumeur soulevant la rétine avec ses vaisseaux coudés.

En présence de ces signes, je diagnostique une tumeur de la choroïde avec décollement rétinien consécutif. J'informai, séance tenante, la jeune personne et sa mère de la gravité de la lésion et donnai le conseil de pratiquer, à bref délai, l'ablation de l'œil droit.

La semaine suivante, Mlle L... ayant ressenti pour la première fois une douleur violente avec tension et rougeur du globe, se décida à l'opération qui eut lieu sans incident. La coque oculaire ne présentait aucune perforation.

Cette observation sera, pour moi, Messieurs, l'occasion de vous faire connaître une affection d'un pronostic très grave et dont vous devrez vous efforcer de faire le diagnostic précoce, afin d'intervenir le plus hâtivement possible.

I

Un grand nombre d'observations et de mémoires ont été publiés sur cette question, tant en France qu'à l'étranger. Je me bornerai à vous citer la thèse restée classique de Brière (du Havre), la monographie universellement connue de Fuchs sur le sarcome du tractus uvéal, la thèse de Max Mascke qui reflète les idées de son maître Vossius, diverses publications de Lagrange sur le pronostic et le traitement du sarcome mélanique choroïdien, et enfin l'important ouvrage de Panas et Rochon-Duvigneaud : *Recherches anatomiques et cliniques sur le glaucome et les tumeurs intra-oculaires*, Paris, 1898.

A Brière revient le mérite d'avoir bien groupé les diverses variétés anatomiques des sarcomes de la choroïde, qu'il divise en deux grandes espèces : les formes simples et les formes mixtes. Cet auteur a, en outre, établi la valeur séméiologique du double plan des vaisseaux de la rétine et des vaisseaux propres de la tumeur que nous montre l'examen ophtalmoscopique, et donné de l'affection un tableau clinique auquel les traités les plus récents n'ont rien ajouté d'essentiel.

Beaucoup trop artificielles sont les classifications de Fuchs et de Putiata Kerschbaumer, et je me rallie pleinement à la manière de voir de Lagrange, qui attribue à la présence d'une quantité notable de vraie *mélanine* de provenance autochtone et non hématique, une signification des plus importantes au double point de vue de la structure histologique et du pronostic, et divise les sarcomes de la choroïde en deux groupes génériques :

le *sarcome mélanique* et le *leuco-sarcome*. Ces deux groupes comprennent des variétés résultant de la forme des cellules, de leur origine, de l'état des vaisseaux ou des processus de dégénérescence (sarcomes à cellules rondes, fusiformes, géantes, angio-sarcomes, myxo-sarcomes, sarcomes kystiques, etc.).

Né dans les couches des moyens et gros vaisseaux de la choroïde, le sarcome se développe vers le corps vitré, infiltrant aussi les couches les plus internes de la sclérotique ou se propageant vers l'orbite.

Je ne m'étendrai pas, dans cette leçon clinique, sur les caractères anatomiques de la tumeur ; qu'il me suffise de vous rappeler qu'en dehors de la forme champignonnée, de la diffuse ou en nappe beaucoup plus rare, le néoplasme est habituellement constitué par une saillie vaguement hémisphérique reposant sur la sclérotique par une portion de sa surface, en avant, au niveau ou en arrière de l'équateur de l'œil.

Les éléments cellulaires tantôt arrondis, tantôt fusiformes ou à prolongements ramifiés, à noyau rond ou ovoïde, se groupent en manchons autour de nombreux et larges vaisseaux sans parois propres, ou dans des espaces cloisonnés, séparés par de la substance intercellulaire, ou tassés directement les uns contre les autres.

Lorsque la tumeur d'aspect brunâtre contient en abondance, au milieu du protoplasma, des granulations pigmentaires résistant à l'action prolongée de l'acide sulfurique, on a affaire à un *sarcome mélanique*.

Le *leuco-sarcome*, lui, ne contient pas de véritable *mélanine*, mais on peut trouver dans sa masse des débris hématiques ou des cellules choroïdiennes préexistantes. Il constitue, du reste, une rareté.

Tout aussi exceptionnel est le cas, rapporté par R. L. Thompson, dans le numéro de mai 1905 de *Interstate m. d. Journal*, d'un sarcome formé mipartie d'une masse pigmentée et d'une autre non pigmentée. L'autopsie, pratiquée cinq ans plus tard, révéla des métastases dans différentes régions. Quelques-unes de ces tumeurs étaient des sarcomes mélaniques, d'autres des leuco-sarcomes. D'autres néoplasmes réunissaient les deux variétés de tumeurs.

Je vous fais grâce des nombreuses discussions relatives à l'origine du pigment que les uns, comme Langhans, Vossius et Birnbacher font provenir des globules rouges extravasés, tandis que, pour d'autres auteurs, il est un produit de la cellule (Virchow, Fuchs, Ribbert, etc.), ou résulte de la prolifération des cellules de l'épithèle pigmenté (Leber, Mitvasky, etc.). La question est restée obscure et le plus sage est, peut-être, d'admettre, comme le fait Lagrange, une pigmentation d'origine tantôt hématique, tantôt choroïdienne.

II

L'étiologie ne prête guère à des considérations étendues et originales.

Partisan des idées de Verneuil, que j'ai largement détendues dans mon traité de *Pathologie chirurgicale générale*, je pense et enseigne que, pour faire un cancer de l'œil, il faut, comme pour les cancers des autres organes, apporter un terrain favorable à l'évolution du germe morbide, quel qu'il soit. C'est dans ce sens que nous admettons le rôle prédisposant de l'*hérédité*.

Non moins évidente, à notre avis, sera l'action déterminante d'un *traumatisme direct* auquel, par sa situation, le globe oculaire est davantage exposé, ou celle d'une *inflammation* parenchymateuse ou autre de la choroïde, sollicitant sur ce point de moindre résistance la manifestation de la diathèse cancéreuse.

Comme nous l'avons vu, nous ne pouvons invoquer ni l'une ni l'autre de ces influences chez notre malade, dont les antécédents héréditaires et personnels sont nuls.

Quoi qu'il en soit, il résulte des statistiques de Art, Knapp, Hirschberg, Fuchs, Lagrange, etc., que le sarcome mélanique de la choroïde est relativement rare. Le pourcentage donne environ 1 cas sur 2,000 affections oculaires. Les mêmes tableaux nous enseignent que cette tumeur, exceptionnelle avant la puberté, se rencontre un peu plus souvent chez l'homme que chez la femme, entre 40 et 60 ans.

III

Le début de l'affection est des plus insidieux. C'est, par hasard, en fermant l'un des yeux resté intact que les malades s'aperçoivent de troubles de la vision de l'autre œil, variables suivant le siège du néoplasme naissant. Peu à peu, apparaissent les signes subjectifs du décollement rétinien (phosphènes, déformation des objets, etc.).

Si, à cette période, on est appelé à pratiquer l'examen de l'organe visuel, on constate que celui-ci a gardé un aspect extérieur normal ; la vision directe est plus ou moins abaissée et le champ visuel présente des lacunes ou des encoches.

L'ophtalmoscope nous permet de découvrir un *décollement rétinien* bien différent du décollement simple. Siégeant aussi bien en haut qu'en bas, en avant ou en arrière de l'équateur ou au voisinage du pôle postérieur de l'œil, il est tout d'abord limité, tendu et ne présente ni ballottement, ni plis à sa surface. On distingue à travers la rétine les bosselures d'un brun-jaunâtre de la tumeur, en même temps qu'un double plan de vaisseaux, l'un superficiel formé par les vaisseaux rétiniens et l'autre profond, constitué par les capillaires du néoplasme à direction irrégulière. C'est alors qu'apparaît un signe important sur lequel Beer le premier a appelé l'attention : je veux parler de cet aspect chatoyant que présentent, à travers l'orifice pupillaire, les parties profondes de l'œil, toutes les fois que la rétine est décollée ou soulevée par une tumeur ou un exsudat (*reflet de l'œil de chat amaurotique*). Puis, par suite d'obstacle à la circulation choroïdienne, le décollement soulevé par un épanchement séreux se complète, et la maladie entre dans la deuxième période : celle de l'*hypertonie douloureuse*.

Le tableau symptomatique de ce stade ressemble tellement à celui du glaucome inflammatoire aigu qu'il devient parfois difficile de faire un diagnostic exact. Le globe s'injecte, la cornée se trouble, l'iris se décolore et la pupille reste dilatée et immobile. Le tonus de l'œil augmente, mais cette hypertonie n'est pas en rapport direct avec le volume du néoplasme. On voit, en effet, de tout petits sarcomes se compliquer d'exagération de la tension intra-oculaire, tandis que de volumineuses tumeurs ne provoquent pas de

symptômes glaucomateux ; la raison en est que l'hypertension est due surtout à la transsudation séreuse que déterminent les néoplasmes siégeant au niveau de l'équateur de l'œil. Cette hypertension survient d'abord lentement, présente des intermittences, puis s'établit d'une façon permanente.

Rarement on observe, au contraire, les signes de l'irido-cyclite avec diminution du tonus et atrophie du globe, lorsque la tumeur se nécrose en totalité ou en partie. Il y a alors arrêt de développement du sarcome, ce qui n'empêche pas la *généralisation*. Parfois, enfin, la cyclite retentit sympathiquement sur l'œil congénère.

Je dois encore vous signaler une conséquence assez rare de la *nécrose* du néoplasme : je veux parler des *hémorrhagies intra-oculaires* qui se produisent facilement en raison de la dégénérescence des vaisseaux de nouvelle formation, et qui déterminent, soit une attaque de glaucome aigu, soit la phtisie du globe oculaire. VERHOEFF a publié (*Arch. of opht.*, mai 1904) trois cas intéressants de sarcome choroïdien avec hémorragie destructive. Dans son travail je trouve un pourcentage au contraire très élevé : une statistique de 55 observations suivies d'examen histologique mentionne 20 cas d'hémorragie destructive.

Au bout de quelques mois, le malade peut s'illusionner et croire à un arrêt de son affection parce que les symptômes glaucomateux s'atténuent, pour disparaître, par suite de la perforation de la coque oculaire, au niveau du canal de SCHLEMM, de l'équateur ou du pôle postérieur. Son état s'est, au contraire, sérieusement aggravé ; s'infiltrant le long des tuniques du nerf optique, des vaisseaux ciliaires antérieurs ou postérieurs, les éléments néoplasiques se sont fait jour au dehors, dans la cavité orbitaire, pendant que des métastases se produisent par voie embolique dans des organes éloignés et, en particulier, dans le foie.

Le tableau clinique varie nécessairement selon le siège de la perforation. C'est ainsi que le sarcome, propagé vers l'orbite, produira une exophtalmie graduelle, pendant qu'en arrière il envahira toute la cavité, puis défoncera le squelette orbitaire pour pénétrer soit dans le crâne, soit dans les sinus voisins, échappant longtemps à l'observation directe. Au contraire, la perforation s'est-elle faite en avant ? On voit apparaître autour de la cornée, ou plus en arrière, sur un ou plusieurs points de la sclérotique, des bosselures noirâtres qui s'ulcèrent, bourgeonnent et saignent fréquemment. Les paupières œdématiées et distendues entourent le fongus, qui acquiert peu à peu le volume d'une noix, d'une pomme ou du poing.

Les seuls désordres locaux peuvent amener la mort, mais, le plus souvent, la terminaison fatale est le fait de l'extension du sarcome au cerveau, ou bien de sa généralisation au niveau du tube digestif, des poumons, du squelette, et le plus souvent dans le foie. Dans ce cas, le malade succombe à la cachexie cancéreuse, dont vous connaissez l'évolution.

La durée de la maladie est habituellement de plusieurs années ; le premier et le second stade sont les plus longs.

IV

Sans comporter l'excessive gravité de pronostic que lui attribuaient les anciens et DE GRÆFE, en particulier, « qui ne se rappelait aucun cas dans lequel après une extirpation complète il y ait eu plus de quatre mois de guérison apparente », le sarcome pigmenté de la choroïde n'en reste pas moins la variété la plus maligne des tumeurs de l'œil. En effet, en dehors de la perte de l'organe visuel qu'on ne peut éviter, il est actuellement établi, d'après les statistiques les plus récentes, que l'opération précoce, c'est-à-dire pratiquée à la première et à la deuxième période, n'arrête qu'une fois sur quatre l'évolution du néoplasme et ne met pas sûrement à l'abri des métastases.

Il me paraît difficile d'accepter sans réserve, d'une façon générale, l'optimisme de HIRSCHBERG qui, sur 68 cas, n'a constaté qu'une récidive locale et 16 cas de mort par généralisation, et celui, plus grand encore, de LAGRANGE, lequel déclare avoir guéri plus de la moitié des cas opérés par lui. Nos deux confrères ont vraisemblablement eu affaire à des cas de mélanose bénigne, opérés dès le premier stade.

Combien plus sombre est, en effet, la statistique de FUCHS qui, sur 115 faits, relève 75 cas de mort, sur lesquels il faut compter 37 récidives locales et à peu près autant de métastases. Quinze guérisons sur quarante n'ont été suivies que pendant six mois.

Notre jeune malade, opérée de bonne heure, a-t-elle des chances de guérison définitive ? Je l'espère, sans toutefois pouvoir l'affirmer complètement. Son jeune âge serait, si l'on s'en rapporte à certaines statistiques (HILL GRIFFITH), une condition favorable.

En résumé, le pronostic si grave du sarcome choroïdien devient beaucoup moins sévère à la condition d'intervenir le plus rapidement possible, c'est-à-dire à la première période, et surtout avant que le néoplasme ait perforé la coque oculaire Pour cela, il importe de faire un diagnostic dès le début de l'affection. C'est ainsi que dans la statistique de FUC S, nous voyons 21 cas de sarcome mélanique de l'iris et du corps ciliaire, reconnus et enlevés à cette période, donner onze cas de succès.

V

A la première période, tant que la rétine reste appliquée sur la tumeur, le diagnostic à l'aide du miroir ophtalmoscopique ne présente pas de difficultés, puisqu'avec un fort éclairage et la pupille ayant été préalablement dilatée, on peut distinguer la coloration propre du néoplasme et le double plan de vaisseaux dont nous avons parlé précédemment ; il est vrai que ce double plan vasculaire peut aussi se rencontrer dans certaines inflammations de la rétine et du vitré, mais, dans le premier cas, les capillaires sont disposés sur le même plan que les vaisseaux de la rétine, tandis qu'ils sont en avant dans le second cas.

Le *tubercule solitaire* de la choroïde forme une tumeur plus claire et est généralement entouré de semis ou nodules blanchâtres et de lésions inflammatoires.

Le *gliome* ressemble en partie au sarcome, mais on ne le rencontre guère que chez l'enfant.

Le reflet jaune-blanchâtre de la pupille (*œil de chat amaurotique*) n'est pas particulier au sarcome de la choroïde et au gliome de la rétine ; il accompagne aussi l'*hyalitis suppurée, choroïdites suppurées* métastatiques qui résultent de la mé-

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Au nom du Peuple français,

Le Tribunal civil de première instance du Département de la Seine, séant au Palais de Justice de Paris.

Audience publique de police correctionnelle de la neuvième Chambre dudit Tribunal civil de première Instance du Département de la Seine, séant au Palais de Justice à Paris, le onze avril mil neuf cent six où il a été rendu le jugement dont la teneur est ci-après littéralement transcrite et rapportée ainsi qu'il suit :

Pour le sieur Pechadre, docteur en médecine, demeurant à Paris, numéro vingt-cinq, rue Bergère, demandeur, suivant et aux fins d'un exploit d'assignation dûment et régulièrement enregistré, délivré, à sa requête par le Ministère de Maître Charles Marécat, huissier-audiencier près ledit Tribunal civil de première instance du Département de la Seine, séant au Palais de Justice à Paris, y demeurant.

Ledit exploit en date du vingt-cinq Janvier mil neuf cent six, dûment enregistré et donnant à comparaître pour le trente et un Janvier mil neuf cent six.

Demandeur partie civile comparant d'une part ;

Contre le nommé Fort (Joseph-Auguste), âgé de soixante et onze ans, docteur en médecine, né à Mirande, arrondissement dudit (Gers), le dix-neuf octobre mil huit cent trente-cinq, de François et de Rose Martin, demeurant à Paris, aux bureaux de *La Revue Chirurgicale* dont il est le gérant, numéro six, rue des Capucines.

Défendeur comparant à l'audience publique dudit jour, suivant et aux fins de l'exploit sus-énoncé d'autre part,

Prévenu de diffamation, délit prévu et puni par les articles vingt-neuf, trente-deux, quarante-deux de la loi du 29 Juillet mil huit cent quatre-vingt-un ;

En présence de Monsieur le Procureur de la République, demandeur comparant à l'audience publique dudit jour, intervenant pour la vindicte publique aussi d'une part ;

Après l'appel de la cause à l'audience publique de police correctionnelle de la neuvième Chambre dudit Tribunal civil de première Instance du Département de la Seine, séant au Palais de Justice à Paris, le trente et un janvier mil neuf cent-six, où elle venait en ordre utile par suite de l'exploit d'assignation sus-énoncé et daté, et après avoir rempli les diverses formalités prescrites par la loi, il a été procédé et statué ainsi qu'il suit :

Ladite cause fut remise au vingt-huit mars mil neuf cent six.

Après l'appel de la cause à l'audience publique de police correctionnelle de la neuvième Chambre dudit Tribunal civil de première Instance du Département de la Seine séant au Palais de Justice à Paris, le vingt-huit mars mil neuf cent six, où elle venait en ordre utile par suite de deux exploits d'assignation délivrés à la requête de la Partie civile par le Ministère de Maître Charles Marécat, huissier-audencier près ledit Tribunal civil de première instance du Département de la Seine, séant au Palais de Justice à Paris, y demeurant.

Le premier exploit d'assignation en date du vingt-deux Mars mil neuf cent six, le second en date du vingt-quatre Mars mil neuf six et donnant tous deux à comparaitre pour ledit vingt-huit Mars mil neuf cent six, où il a été procédé et statué ainsi qu'il suit ;

Ladite cause fut remise au quatre avril mil neuf cent six.

Après l'appel de la cause à l'audience publique de police correctionnelle de la neuvième Chambre dudit Tribunal civil de première Instance du Département de la Seine, séant au palais de Justice à Paris, le quatre avril mil neuf cent-six, où elle venait en ordre utile par suite de la remise sus-énoncée et datée, et après avoir rempli les diverses formalités prescrites par la loi, il a été procédé et statué ainsi qu'il suit ;

Le sieur Pechadre, partie civile, déclare persister dans sa plainte et conclut à un franc de dommages-intérêts et à l'insertion du jugement dans les quatre journaux médicaux indiqués dans l'assignation ;

Le prévenu dûment et régulièrement assigné dans la cause dont s'agit et présent à l'audience publique dudit jour, interrogé par Monsieur le Président, a été entendu dans ses moyens de défense et de justification. Maître Poignard, avocat, plaide pour Péchadre ; Maître Marcel Boyer, avocat plaide pour le Prévenu.

Monsieur le Substitut de Monsieur le Procureur de la République a été entendu dans les conclusions par lui prises à l'audience publique dudit jour desquelles conclusions il résulte qu'il requiert la condamnation du prévenu tout en s'en rapportant toutefois à la sagesse du Tribunal.

Sur quoi Monsieur le Président a prononcé la remise de ladite cause au onze avril mil neuf cent six ;

Après l'appel de la cause à l'audience publique de police correctionnelle de la neuvième Chambre dudit Tribunal civil de première Instance du Département de la Seine, séant au Palais de Justice à Paris, le onze avril mille neuf cent six, où elle venait en ordre utile par suite de la remise sus-énoncée et datée, et après avoir rempli les diverses formalités prescrites par la loi, il a été procédé et statué ainsi qu'il suit :

M. le Président a prononcé le jugement ci-après, littéralement transcrit et rapporté ainsi qu'il suit :

Le Tribunal après en avoir délibéré conformément à la loi ; attendu que suivant exploits des vingt-cinq janvier, vingt-deux et vingt-quatre mars mil neuf cent six, Pechadre a fait citer devant le Tribunal correctionnel, sous prévention d'injures et de diffamation, Fort, gérant au journal dénommé *La Revue chirurgicale* publié et mis en vente à Paris, à raison d'articles parus dans les numéros des premier novembre mil neuf cent cinq et premier janvier mil neuf cent six ;

Attendu que dans le numéro du premier novembre mil neuf cent cinq figure sous la rubrique « Nouvelles » un entrefilet intitulé « Indélicatesse » dans lequel Fort, qui ne méconnait pas être l'auteur de l'article, impute à Péchadre d'avoir communiqué à un tiers une lettre confidentielle qu'il lui avait adressée et ajoute : « Mon cher Adhémar ce que vous avez fait là n'est pas de bonne confraternité. Je dirai même que ce n'est pas délicat » ;

Que dans le même numéro, sous ce titre : « Le docteur Péchadre (Adhémar) », la citation relève cette phrase : « Si c'est vrai, il faut avouer que notre confrère a un grand amour de l'argent puisqu'il fait payer le certificat à ses employés » ;

Attendu que si le premier passage imputant une indélicatesse à Péchadre est certainement de nature à porter atteinte à son honneur et à sa considération, le même caractère ne saurait être reconnu à la seconde imputation qui ne constitue qu'une appréciation désobligeante mais non délictueuse ;

Attendu que le numéro du premier Janvier mil neuf cent six, sous la rubrique : Feuilleton de *La Revue chirurgicale* et le titre « Intérêts professionnels. Oreste et Pylade. Leurs étapes », met en scène

sous le nom d'Oreste le docteur Péchadre, auquel il impute d'avoir renoncé à la clientèle médicale pour entrer dans une banque où il « tripota » les sucres, les tramways et bien d'autres choses encore, et d'avoir « triché » en mettant sur l'entête de son papier d'ordonnances le titre d'ancien interne des hôpitaux, sans indiquer qu'il ne fût interne qu'à Lyon;

« Que le même article racontant que Péchadre a « réchauffé dans son sein » un employé chassé par Fort pour faits graves, ajoute : « Que pensent nos lecteurs de cet acte de délicatesse d'Oreste qui s'approprie l'employé renvoyé par son ami Fort pour faits graves parfaitement connus du confrère ?»

Attendu qu'enfin le même article impute à Pechadre d'avoir pris ledit employé susnommé Pylade comme directeur d'une Société pour la vente d'un médicament fabriqué par lui, de l'avoir affublé des titres de docteur, titre usurpé, et de membre de la Société d'anthropologie et de l'avoir envoyé dans les départements pour proposer aux médecins une remise sur cinquante flacons vendus et une obligation de la Société la Drogue.

Attendu que ces diverses imputations du journal du premier janvier mil neuf cent six sont également attentatoires à l'honneur et à la considération de Péchadre ;

Attendu que le délit d'injures n'est pas caractérisé, aucune expression outrageante, terme de mépris ou invective ne se rencontrant dans les passages incriminés ;

Attendu en conséquence qu'il échet de relaxer Fort du chef d'injures :

Mais qu'il résulte des documents de la cause et des débats qu'il a, à Paris, dans les numéros du journal *La Revue chirurgicale* dont il est le gérant, publiés, mis en vente et distribués les premier novembre mil neuf cent cinq et premier janvier mil neuf cent six, commis le délit de diffamation prévu et puni par les articles vingt-trois, vingt-neuf et trente-deux de la loi du 29 juillet mil neuf quatre-vingt-un ;

Attendu en outre, qu'il a, par ses agissements ci-*dessus relevés, causé à Pechadre un dommage* dont il lui doit réparation et pour l'appréciation duquel le Tribunal possède des éléments suffisants ;

Qu'il y a lieu de faire droit aux conclusions de la partie civile. Par ces motifs: Renvoie Fort de la prévention d'injures publiques, lui faisant application des articles précités dont lecture a été donnée par le Président et qui sont ainsi conçus :

(Vingt-trois). Seront punis comme complices d'une action qualifiée crime ou délit ceux qui, soit par des discours, cris ou menaces proférés dans des lieux ou réunions publics, soit par des écrits, des imprimés vendus ou distribués, mis en vente ou exposés dans des lieux ou réunions publics, soit par des placards ou affiches exposés aux regards du public auront directement provoqué l'auteur ou les auteurs à commettre ladite action si la provocation a été suivie d'effet.

Cette disposition sera également applicable lorsque la provocation n'aura été suivie que d'une tentative de crime prévue par l'article deux du Code pénal.

(Vingt-neuf). Toute allégation ou imputation d'un fait qui porte atteinte à l'honneur ou à la considération de la personne ou du corps auquel le fait est imputé est une diffamation.

(Trente-deux). La diffamation commise envers les particuliers par l'un des moyens énoncés en l'article vingt-trois et en l'article vingt-huit sera punie d'un emprisonnement de cinq jours à six mois et d'une amende de vingt-cinq francs à deux mille francs ou de l'une de ces deux dernières seulement.

Condamne Fort à *cinquante francs* d'amende et, pour réparation du préjudice causé :

Condamne Fort par toutes voies de droit et même par corps à payer à Pechadre la somme de un franc à titre de dommages-intérêts ;

Ordonne l'insertion du présent jugement dans le plus prochain numéro de la *Revue chirurgicale* qui paraîtra après la date où il sera devenu définitif ;

Autorise Pechade à faire insérer ledit jugement dans quatre autres journaux à son choix et aux frais de Fort, sans toutefois que le coût de chaque insertion puisse excéder *cent francs* ; condamne Fort aux dépens, lesquels ont été évalués par le demandeur et sont liquidés à la somme de dix-neuf francs quatre-vingt-cinq centimes. Fixe au minimum la durée de la contrainte par corps s'il y a lieu de l'exercer pour le recouvrement de l'amende, des dommages-intérêts et des dépens. Dit que la partie civile sera personnellement tenue des frais avancés par le Trésor sauf son recours de droit.

Fait et jugé par Messieurs Pignon, Président ; Pivre, Juge ; Lévy Fleur, Juge. En présence de M. Fallien, substitut, assisté de Maître Weydert, greffier.

En conséquence, le Président de la République française mande et ordonne à tous huissiers sur ce requis de mettre le présent jugement à exécution, aux Procureurs généraux, au Procureur de la République près les tribunaux de première instance d'y tenir la main ; à tous commandants et officiers de la force publique d'y prêter main forte lorsqu'ils en seront légalement requis.

En foi de quoi la minute a été signée par les Président, juges et greffier.

Enregistré à Paris le premier mai mil neuf cent six, débet la somme de quinze francs soixante quinze centimes, décimes compris. Le Receveur de l'Enregistrement signé : Colignon.

Enregistrement reçu le quatorze juin mil neuf cent six ; le percepteur par procuration signé : Boussuge.

Pour expédition conforme délivrée par nous, greffier soussigné, le quatorze juin mil neuf cent-six, *N'y ayant appel.*

GIGOUD.

ningite cérébro-spinale chez l'enfant ou d'une infection générale chez l'adulte. Le signe différentiel le plus important est l'état de la tension intra-oculaire qui est abaissée dans le pseudo-gliome et au contraire exagérée dans le gliome et le sarcome ; en même temps on constate les symptômes de l'iritis, de l'iridocyclite.

Lorsque du liquide s'est accumulé entre la tumeur et la rétine, celle-ci se décolle de plus en plus et cache le néoplasme à l'observateur. Ici le diagnostic peut rester incertain entre un décollement simple et un décollement symptomatique. Le sarcome sera probable si le malade, d'un certain âge, n'est pas atteint de myopie et n'a reçu aucune contusion sur l'œil, si la rétine décollée est épaissie et infiltrée de sang, si le décollement persiste pendant des semaines, en haut ou dans la région maculaire et s'accompagne d'hypertonie, si les veines ciliaires sont sensiblement dilatées de l'un ou l'autre côté.

Enfin, pour préciser davantage le diagnostic, on utilisera l'éclairage de contact au moyen de l'instrument de ROCHON-DUVIGNAUD et la ponction exploratrice recommandée par HIRSCHBERG, FRANKEL et VON GROSZ.

La petite lampe à incandescence qu'un dispositif spécial empêche de s'échauffer, est appliquée contre la sclérotique, le plus en arrière possible, de façon à éclairer le globe d'arrière en avant. La pupille apparaîtra rouge si l'œil ne contient pas de tumeur ; elle restera noire au contraire si le globe est éclairé du côté où siège un néoplasme épais et pigmenté. Une tumeur mince et étalée laisserait cependant passer la lumière. Même résultat négatif si la tumeur siège au pôle postérieur de l'œil.

Une ponction exploratrice pourra encore être pratiquée à l'aide de l'aiguille de PRAVAZ. Si la pointe se meut librement, c'est qu'elle est dans le vitré ou dans un épanchement sous-rétinien ; tombée dans une masse néoplasique, elle ne saurait se mouvoir.

A la seconde période et lorsqu'ont éclaté les symptômes de l'hypertension douloureuse, le diagnostic devient parfois difficile entre un glaucome primitif ou un glaucome symptomatique de tumeur choroïdienne. Ici, les commémoratifs ont la plus grande importance. Dans le glaucome simple, le malade accuse les troubles visuels intermittents de la période prodromique (obnubilation, cercles irisés autour des lumières, etc.), et la cécité ne survient qu'après l'attaque, tandis que dans le glaucome secondaire l'œil était aveugle, ou presque, avant l'accès. Le second œil reste indemne en cas de sarcome choroïdien, tandis qu'il est fréquent de trouver des lésions dans cet œil, lorsque le premier est déjà perdu par glaucome primitif. Mais, je le répète, on ne saurait, dans certains cas, se prononcer avec certitude ; aussi nombre d'erreurs ont été commises et des yeux ont été énucléés pour toute autre affection que des tumeurs reconnues seulement à l'autopsie. C'est à ces tumeurs méconnues que Goldzieher a donné le nom de *cryptosarcomes*.

Aux deux derniers stades de l'affection il n'y a plus à hésiter. Pourtant lorsqu'une tumeur épibulbaire a perforé la cornée, il peut y avoir doute. En pareil cas, si on interroge le malade, on apprend que de petites saillies rougeâtres se sont développées depuis un certain temps, sans que la vision ait été altérée et sans période douloureuse. L'examen histologique d'une parcelle de la tumeur démontrerait que l'on a affaire à un épithélioma et non au sarcome mélanique.

VI.

« Opérer de bonne heure et aussi largement que possible », telle est la ligne de conduite adoptée par tous les chirurgiens dans le traitement du sarcome de la choroïde. Je ne sache pas que l'extirpation de la tumeur avec conservation du globe oculaire, préconisée par M ROLLAND, compte beaucoup de partisans.

A la première période (troubles visuels), l'*énucleation* donne le maximum de succès et met à l'abri des récidives locales. Ces dernières ne se produisent que dans 50 % des cas, lorsqu'on intervient au second stade (état glaucomateux). Nous devons donc faire tous nos efforts pour décider le malade à se laisser opérer le plus tôt possible, aussitôt que le néoplasme aura été reconnu. Il convient, dans tous les cas, d'exciser le nerf optique le plus loin possible, dans la crainte de propagation du néoplasme.

Lorsque la coque oculaire est perforée ou sur le point de l'être, l'énucléation simple n'est plus suffisante, il faut pratiquer l'*évidement complet* de l'orbite, y compris le périoste. Cette opération permettra d'enlever toute la tumeur lorsque la propagation orbitaire est relativement localisée ; toutefois, la récidive et surtout les métastases sont à craindre. Aussi certains auteurs (MACNAMARA, MEYER, etc.), n'hésitent-ils pas à condamner toute intervention chirurgicale à cette période, comme capable d'aggraver l'évolution de la maladie et de hâter la terminaison fatale.

HYDROLOGIE

Le voyage d'études médicales aux Eaux-Bonnes en 1905;

Par le Dr JOUAUST.

(Extrait de la *Gazette des Eaux* du 28 juin 1906.)

La *Gazette des Eaux*, presque rendue à la cinquantaine, vient de mettre à la tête de sa rédaction un distingué confrère, M. le Dr Lucien Graux, dont le nom était déjà bien connu dans nos Sociétés d'hygiène, d'hydrologie, de climatothérapie.

Nous adressons à notre collègue une cordiale bienvenue, et nous nous permettons, à charge de réciprocité du reste, d'emprunter à l'un de ses collaborateurs le récit du *V. E. M. de 1905* à une station qui nous est chère, Eaux-Bonnes, et que nous voudrions en cette saison d'été, toujours plus suivie et toujours plus connue des membres du Concours médical et de leurs clients, parce que nous avons personnellement et amplement jugé de la place qu'elle mérite d'occuper dans l'arsenal de la prévention contre la tuberculose.

A 6 heures, en route pour Laruns, où l'on arrive bientôt ; on se case dans toutes les voitures, le convoi s'ébranle et nous voilà partis dans la di-

rection des Eaux-Bonnes, ayant à notre tête six guides du pays d'Ossau à cheval en costume du pays et nous saluant à la fanfare de leur fouet.

La montée s'est effectuée, pittoresque et éclairée par un soleil étincelant sous le ciel bleu des Pyrénées, sur lesquelles se profilent les sommets rocheux des pics tachés de neige et les crêtes des montagnes ressemblant à d'immenses vagues émergeant d'un océan de verdure.

Il n'est pas 8 heures quand le cortège arrive aux Eaux-Bonnes pavoisées et devant le grand Etablissement thermal enguirlandé de buis et paré pour recevoir ses hôtes.

Les Eaux-Bonnes, situées dans la vallée d'Ossau, une des plus belles des Pyrénées, au pied d'imposantes forêts de hêtres et de sapins, sur un plateau un peu incliné dominant le Gave du Valentin, à l'abri des vents forts, sont une station qui réunit toutes les conditions de l'agréable et de l'utile, présentant une pleine salubrité.

Le docteur Leriche, président de la Société médicale, et la Municipalité, nous firent le plus cordial accueil : par groupes, sous la conduite des médecins de la station, on visita les buvettes, les griffons des sources découverts pour la circonstance, les salles de gargarisme, de douches pharyngiennes ou nasales, les salles de humage et d'hydrothérapie.

Après avoir admiré tous les détails des établissements thermaux, goûté aux eaux et entre temps admiré le panorama des Eaux-Bonnes, tout le monde se réunit à l'Etablissement supérieur dans la salle Pidoux, où le professeur Landouzy tint la conférence.

Les mânes de Pidoux ont dû tressaillir, car l'orateur a tracé la tâche du médecin aux Eaux-Bonnes et sa préoccupation incessante non seulement du présent pendant la cure, mais encore de l'avenir dans la marche de la maladie qu'il s'agit de vaincre ou d'enrayer.

« Une médication thermale est un composé d'une infinité de choses, ciel, terrain, altitude, climat, ambiance, et d'un élément hydrique qui, lui aussi, est une mixture thérapeutique. Elle donne des résultats féconds, car l'empirisme d'une part et la clinique d'autre part ont pu voir et prouver que l'eau avait agi sur tel ou tel malade. Mais, fidèle à ma tradition, nous allons d'abord situer la station où nous sommes. Nous avons changé de département, de vallée et d'altitude. Nous voici dans les Basses-Pyrénées, à 750 mètres ; nous reviendrons plus loin sur cet élément, altitude, pour les prétuberculeux dystrophiques.

« Je ne veux pas faire l'historique des Eaux-Bonnes, car vous avez dû vous-même tout à l'heure, comme des enfants terribles, beaucoup interroger nos confrères. Le meilleur de ce que l'on apprend vient de ceux qui ont vécu ici la médication.

« Nous sommes ici dans la station-mère des Pyrénées, la réputation en est mondiale et ancienne, bien qu'il n'y ait pas longtemps que l'accès pour y arriver soit aussi facile qu'aujourd'hui, où d'excellentes routes permettent d'accéder à ce coin des Pyrénées.

« Montaigne, citant les stations connues de France, proclamait déjà la vogue des Eaux-Bonnes.

« Quelles sont les sources que l'on rencontre ici ? Il y en a 8 oscillant autour de 30 degrés. Les deux principales sont : la source Vieille et la source d'Orteig. La première surtout doit attirer notre attention, elle a un très faible débit, 6 litres par minute, 100 hectolitres par jour, et vous devez comprendre combien on doit ménager un pareil trésor. Ce faible débit ne présente pas une importance aussi capitale que s'il fallait administrer ici des douches et des bains. Heureusement la cure de boisson est la grande affaire des Eaux-Bonnes. La source Vieille est une eau tempérée (33 degrés), incolore, onctueuse, ayant une légère odeur d'hydrogène sulfuré ; mais cette odeur, vous ne l'avez pas perçue tout de suite près du griffon, ce n'est que peu à peu qu'elle se dégage. Nous avons déjà vu ailleurs à peu près la même chose, et je ne veux plus vous rééditer ma comparaison de frère et de sœur semblables et différents à la fois comme je vous l'ai dit maintes fois ailleurs, en vous parlant des caractères familiaux présentés par les sources d'une même région.

« C'est en tous cas un agent de matière médicale minérale organisé, vivant en pleine évolution, en puissance de transformation, de mutation. C'est en un mot la naïade dont les poètes, ces véritables devins, avaient raison de décrire la puissance et les vertus dont nous avons su faire des puissances thérapeutiques.

« Passons rapidement sur l'analyse : outre le sulfure de sodium, on trouve du sulfure de calcium, du chlorure de sodium, de l'iodure de sodium, du fluorure de calcium, etc., sans oublier le gaz azote ; mais tout cela dans des proportions minimes et ici encore nous sommes témoins d'un grand paradoxe : avec un chimisme inférieur on obtient d'importants résultats. La minéralisation globale ne représente que 60 centigrammes ; nous avons là une preuve de l'impondérable, de l'inexplicable « *naturam aquarum effectus et curationes ostendunt* ».

« C'est une eau relativement stable et ici, on boit et on boit, pas beaucoup à la fois pourtant. Un quart, un demi, trois quarts jusqu'à un verre et demi, telle est la posologie de la matière médicale organisée ; c'est-à-dire que la boisson est, de la part des médecins, l'objet et d'autant de préoccupations que nous en apportons lorsqu'il s'agit d'ordonner à nos malades des alcaloïdes, et remarquez qu'à tout prendre il y analogie complète entre l'absorption de quelques milligrammes d'atropine et l'absorption d'un verre de la source Vieille.

« L'eau prise sur place et l'eau que l'on transporte présentent des différences énormes. Ce qu'il faut, c'est le corps à corps, c'est l'eau non polluée, c'est la naïade agonisante. Et le contact serait différent s'il fallait refroidir et réchauffer l'eau.

« Quant à l'action physiologique, elle est la même que celle de toutes les eaux identiques et, d'après la comparaison que j'emploie souvent, vous ne vous étonnerez pas qu'on fasse ici des choses similaires mais non pas identiques à celles que l'on fait à Cauterets ou ailleurs.

« Je ne m'étendrai pas ici sur les états diathésiques pour parler tout de suite de ce qui fait le fond de cette station. Adaptation de l'arbre respiratoire jusqu'aux infundibulum pulmonaires. Nous ne parlerons pas de l'action générale mais de celles sur la muqueuse nasale, pharyngée, laryngo-pharyngée où elle agit par poudroiement, par douches circonscrites sur les premières voies respiratoires. C'est là un topique « ouaté » que l'on pose sur les muqueuses.

« On vous a dit peut-être que les gens de la région faisaient couler de l'eau pour laver leurs plaies : en matière de processus ulcéreux, il n'y a rien d'extraordinaire que l'eau ait une action topique comme dans son contact avec les voies respiratoires.

« De l'empirisme à la clinique, on est arrivé à prouver que, par le gargarisme et la boisson, on pouvait changer le fond et surtout l'état particulier de l'individu, favorisant l'exode, par l'haleine, l'urine et le foie, des processus morbides.

« Le protoplasma vivant de la source Vieille agit donc directement sur les voies respiratoires plutôt que sur les voies digestives et urinaires, il procure bien d'autres modifications non moins importantes. Bordeu avait bien marqué les effets de l'eau de cette station, mais c'est surtout depuis que nos confrères ont étudié avec plus de soin son action physiologique que l'on s'explique ce qui avait fait la gloire des Eaux-Bonnes. Il faut conserver une grande prudence dans la posologie, ce qui est une preuve de l'activité de l'instrument que l'on a entre les mains. C'est à tort que l'on a pu accuser les Eaux-Bonnes de déterminer des hémoptysies. Elles ne

sont pas plus responsables que les courses à cheval ou en automobile, que tous les sports, que tout ce qui peut malmener un individu en état de congestion. Prise en trop grande abondance, l'eau Vieille donne des hémoptysies aux malades congestifs imprudents qui échappent à la direction du médecin : mais les hémoptysies ne sont vraiment à redouter que pour ceux qui méconnaissent les précautions nécessaires en cours de traitement et qui ne savent éviter ni les irrégularités dans le régime, ni les courses exagérées dans la montagne, ni l'excès dans la boisson.

« Comme toujours, la manière de donner l'eau minérale ici vaut encore plus que ce que l'on donne.

« Ceux-là qui peuvent bénéficier de la cure des Eaux-Bonnes sont ceux atteints d'angines chroniques, les laryngopathies des orateurs, des prédicateurs, les bronchites sèches ou spasmodiques, les bronchites catarrhales, les pleurétiques, toute la légion des tuberculeux, des prétuberculeux ou même de ceux qui sont en suspicion de déclaration de tuberculose ; tous ceux-là, on les protègera par la source Vieille et l'ambiance, l'altitude leur servira autant que la boisson. Grâce à cette association thermale on arrêtera les processus commençants, on permettra à la sclérose pulmonaire d'enfermer le loup dans la bergerie. Ici on aseptise et on peut faire de la meilleure besogne pour favoriser le terrain de l'évolution scléreuse ; on ne fait pas mieux ailleurs, si on peut faire aussi bien qu'ici.

« La source d'Orteig, sauf certaines nuances, est la même que la source Vieille, mais pour les commodités de la station, elle sert presque exclusivement pour les bains.

« Il y a enfin la source Froide (13 degrés) qui alimente une buvette et qui a une action plus diurétique. Pidoux, qui était un grand maître, sut dégager les indications thérapeutiques et fixer les règles de l'application des eaux ; il a su restreindre la spécialisation de la station et montrer que cette spécialisation était fonctionnelle aux voies respiratoires. Il fut aidé par Guéneau de Mussy, qui avait su montrer l'action favorable des Eaux-Bonnes dans toutes les angines. Vous noterez comme effet de toutes les eaux sulfureuses ce que les malades éprouvent ici, et vous ne vous étonnerez pas que parfois cela fasse apparaître un peu de fièvre chez certains d'entre eux, mais vous savez maintenant, et je vous rappellerai ce que j'ai dit, si on veut obtenir des Eaux-Bonnes comme de ses pareilles, le maximum d'effet, il ne faut pas faire de la thérapeutique thermale l'*ultima ratio*, il ne faut pas attendre trop tard pour se soigner.

« Il faut envoyer ici les enfants pour changer leur sensibilité respiratoire, pour modifier organiquement celui des départements de l'individu qui a des affinités avec la maladie. Il faut rétablir l'égalité parmi les divers éléments, comme vous le prouve la fameuse Fable. Je pourrais vous citer trois enfants différents, issus des mêmes générateurs, présentant des infirmités différentes et semblables à la fois, l'une se portant sur le larynx, l'autre sur les bronches, l'autre enfin sur une autre partie de l'appareil respiratoire qui, tous trois, trouvèrent aux Eaux-Bonnes un remède pour leurs troubles fonctionnels et organiques.

« Bien que ma causerie ait été un peu longue, je veux ajouter un mot pour vous dire que l'Eau-Bonne transportée jouit encore de propriétés thérapeutiques remarquables, grâce à la grande stabilité de sa composition et à sa double sulfuration. Aussi, bien qu'elle ne puisse jamais remplacer l'eau prise à la source, elle est d'un usage très répandu dans toute l'Europe et même au-delà des mers ».

ÉTUDES ET PROJETS

Le service médical des Sociétés de secours mutuels

Une opinion du Nord.

LA MUTUALITÉ

Ses principes. — Ses bases véritables

Notre époque a ceci d'intéressant que les luttes politiques ont tendance à délaisser le vieux champ des querelles religieuses pour se livrer sur le terrain social.

Les partisans de l'Etat omnipotent, grand régulateur de la vie nationale, comme ceux partisans de l'Etat simple protecteur des initiatives privées et des œuvres de prévoyance, sentent bien que les masses veulent que les préoccupations politiques de premier plan visent l'amélioration générale du peuple, l'amélioration des races, la santé publique.

Aussi éprouvons-nous un vif étonnement à constater que si peu de médecins abordent le terrain des luttes parlementaires. Les études médicales sont une préparation de premier ordre pour chercher la solution des problèmes sociaux.

Au bagage commun des connaissances générales que l'on acquiert pour aborder la lutte pour la vie, le médecin adjoint la connaissance particulière des lois de la physiologie et de la pathologie, l'étude des phénomènes de l'évolution, la pratique des misères humaines et la sympathie pour les aspirations et les souffrances des pauvres.

Son cerveau ne s'adapte plus aux affirmations sans preuves et les spéculations philosophiques ne s'exercent chez lui que sur des phénomènes de la vie humaine ou de la vie sociale.

Les contacts entre notre profession et les questions d'ordre public se multiplient. Aussi est-il intéressant pour nous de suivre les idées des hommes qui se sont consacrés à certaines œuvres auxquelles les médecins ont collaboré.

La mutualité est une de ces œuvres dont le rapide développement a étonné ses protagonistes. L'efflorescence des sociétés de secours mutuels, leur puissance formidable sont basées sur une vertu, la prévoyance, et cependant la mutualité ou plutôt l'équilibre boiteux de sa première architecture a été l'origine de regrettables conflits entre mutualistes et médecins.

Nous venons de lire un intéressant ouvrage de M. Lépine, inspecteur de l'enseignement primaire en France, ouvrage préfacé par M. Frédéric Passy, de l'Institut, et nous voudrions que ce livre fût médité par tous ceux qui ont à cœur le développement des œuvres de prévoyance.

Les conflits entre mutualistes et médecins touchent, certes, le public, mais il est si malaisé de traiter délicatement des questions derrière lesquelles s'agite le « son du vil métal », que d'instinct les gens superficiels donnent toujours tort aux médecins lorsqu'il y a conflit. D'excellents esprits ont voulu, chez nous, s'interposer, détendre les rapports empreints de défiance entre mutualistes et médecins ; leurs bonnes intentions ont été méconnues d'un côté comme de l'autre, parce qu'hélas, aussi bien du côté mutualiste que du côté médical, on n'a pas compris le vice radical de la mutualité telle qu'elle est.

M. Lépine a scrupuleusement fouillé le problème social de la prévoyance mutualiste ; il l'a creusé au point de vue mathématique comme au point de vue moral et il a osé dire aux protecteurs, aux fondateurs et aux *exploiteurs* de la mutualité, des vérités... qui heureusement ne sont pas nées sous la plume d'un médecin.

Dans la préface écrite pour le livre de Lépine, M. Passy donne un résumé vivant des conclusions ressortant des chiffres publiés et des faits constatés.

« C'est bien, écrit-il, à rectifier des idées fausses, à

corriger des données mensongères, à critiquer des pratiques vicieuses, à montrer en un mot que, dans les meilleures intentions sans doute, et avec un sincère désir d'améliorer l'existence de leurs membres, la plupart des sociétés de secours mutuels, d'assistance médicale et de retraite, ont méconnu les véritables lois de la prévoyance et de l'Association et qu'elles vont, si elles ne se corrigent pas, à des déceptions qui porteraient à leur idéal même un coup fatal ; c'est à cette démonstration délicate et courageuse que vous n'avez pas craint de vous appliquer.»

M. Lépine n'a pas craint de déclarer la guerre aux illusions grosses de désillusions et de déboires. Par ces chiffres, qui ne sont pas de notre compétence, il montre certaines mutualités fauchant leur blé en herbe. Mais surtout par son analyse des sentiments, par sa dissection des faits, il montre les dangers de l'assistance médicale obligatoire.

C'est avec une rigueur impitoyable qu'il prouve que cette assistance médicale obligatoire est un danger au point de vue financier, une atteinte à la liberté et à la dignité des membres, et une obligation contraire aux intérêts des malades.

Ce que M. Lépine veut, c'est la liberté, la liberté seule, sans faveur, sans contrainte, sans veine sentimentalité, c'est la loi de la prévoyance comme de l'activité humaine.

Certains utopistes, sociologues de cabinet, ont voulu démontrer aux sociétés de secours mutuels, comme aux sociétés d'assurances que l'avenir de la mutualité n'était plus que dans la prophylaxie. Aucun médecin ne se refusera à jouer vis-à-vis des sociétés ouvrières le rôle bienfaisant du médecin hygiéniste, mais le vrai médecin restera pénétré de cette pensée que la mutualité n'est pas plus faite pour supprimer la maladie que la vieillesse ou la mort, que son but véritable et sincère est d'en atténuer les coups en les partageant, de « réduire les « sinistres individuels qui écrasent, en une pous« sière d'accidents qui se partagent.»

La puissance formidable de la mutualité a été pour elle une source de dangers. Les hommes politiques ont servilement encensé ce colosse aux pieds d'argile, et par intérêt ils ont été plus désireux de témoigner leur sollicitude à des groupements d'électeurs, qu'attentifs à discerner la seule forme légitime et utile qu'ils pourraient donner à ce témoignage. Ce reproche vise bien plus les hommes politiques de France que ceux de notre petite mais puissante Belgique. N'empêche que, pas plus chez nous qu'en France, on ne s'est assez préoccupé du perfectionnement technique de la mutualité.

Nos institutions d'assurance subordonnent trop l'exécution de leurs engagements au concours aléatoire de l'assistance privée ou publique.

Les cotisations des participants ne suffisent pas en général à couvrir les dépenses faites au titre des secours de maladie.

Il y a à cela bien des causes d'ordre moral qu'un écrivain comme M. Lépine ose signaler : maladies, conséquences de la débauche et de l'alcoolisme, tentatives de dissimulation et de fraudes, concours financier des membres protecteurs... mais la principale cause, c'est la charge du service médical et pharmaceutique, dans des conditions qui invitent le sociétaire malade à en user largement, abusivement même, et qui mettent aux prises les intérêts de la société et ceux des médecins.

« Les sociétés, écrit M. Lépine, par une inspiration « plutôt malencontreuse, bien que sage en appa« rence, invoquent le nombre et la situation modeste « de leurs membres, pour obtenir du médecin une « concession, un privilège sous forme d'une réduc« tion du tarif ordinaire de ses honoraires. Tantôt « ce dernier y consent de bonne grâce, tantôt il subit, « à regret, cette exigence. »

Les médecins se plaignent que les sociétés comptent parmi leurs membres des personnes aisées ou riches qui bénéficient abusivement du tarif réduit. De là des griefs réciproques et des dissentiments sérieux.

L'erreur fondamentale commise par les sociétés mutuelles, en matière d'assurance contre la maladie, erreur qu'elles expient par les difficultés au milieu desquelles elles se débattent, est précisément d'avoir institué le service médical et pharmaceutique.

Elles l'ont établi en vue de faire profiter leurs membres... et leurs caisses, de certaines faveurs ou réductions de prix obtenues.

Rien de plus légitime si les sociétés avaient compris que de telles faveurs doivent être accordées spontanément. Toute tentative pour les imposer par la puissance du nombre est un attentat contre la liberté et tourne fatalement à contre-fins.

Et la conclusion de ce raisonnement ? Elle est, tout logiquement, la suppression du service médical et pharmaceutique.

Du même coup disparaîtront, ou tout au moins seront réduits au minimum les abus dont on se plaint.

Nous connaissons beaucoup de sociétés mutualistes, notamment dans la région de Huy, qui laissent à leurs adhérents le libre choix du médecin et se bornent à intervenir pour une certaine quotité dans les frais de visites médicales. Les conflits ont cessé avec l'abus du médecin imposé et des traitements par abonnement.

Certains confrères s'effrayeront peut-être de ce radicalisme supprimant des services médicaux organisés un peu partout. Après une courte période de transition, l'équilibre naturel se rétablirait et nous aurions vu disparaître une des plus graves causes de conflits entre médecins et mutualistes.

L'intérêt vrai des uns et des autres s'accommoderait de la suppression du service médico-pharmaceutique des mutualités.

Dr L. DEJACE.

(*Le Scalpel*, Bruxelles).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La médecine aux pharmaciens.

Habemus confitentem reum.

Il y a quelques mois, un de nos confrères d'une bourgade bretonne s'abouchait avec son pharmacien dans le but de se mettre tous deux d'accord sur leurs droits respectifs en matière d'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Les résultats de l'entretien nous furent transmis dans les termes ci-dessous, par le jeune médecin, dont nous reproduisons intégralement la lettre.

Monsieur et cher confrère,

Ayant eu dans ma localité quelques difficultés avec mon pharmacien au point de vue de l'exercice illégal de la pharmacie ou de la médecine, voici comment ce dernier prétend limiter l'exercice légal de la médecine et de la pharmacie.

Le pharmacien reconnaît n'avoir pas le droit de délivrer des substances vénéneuses inscrites sur le tableau annexé au décret du 8 juillet 1850 pour l'usage interne, mais pour l'*usage externe* il peut délivrer de ces substances actives.

Pour l'usage interne en dehors de ce tableau, il

peut délivrer quinine, sulfonal — puis solution d'acide phénique ou teinture d'iode, etc...

Il peut donner des médicaments composés à condition qu'ils aient la formule du Codex et qu'il n'y entre pas de substance vénéneuse du tableau du décret de 1850.

Tout ceci, naturellement, sans ordonnance de médecin.

Voici quelles sont les limites des droits du médecins :

Le médecin ne peut en aucun cas délivrer le moindre médicament à un malade pour s'en faire payer et même sans se faire payer. Une tolérance est faite pour l'usage de l'injection hypodermique.

Ainsi, appelé, par exemple, un soir à 10 kilomètres ou plus, d'un pharmacien pour voir un malade, défense au médecin de délivrer de la quinine en une potion préparée extemporanément avec de l'opium, même s'il sait qu'il y a impossibilité pour les parents du malade à venir au domicile du pharmacien.

Ceci, parce qu'il y a un texte de loi qui dit : Nul n'a le droit de donner, même un bien, s'il doit nuire de ce fait au commerce d'autrui.

Le médecin peut user et retenir un certain bénéfice de l'emploi de solutions antiseptiques et d'objets de pansement médicamenteux, mais à condition que ce soit pour un premier pansement. Si ce pansement doit être renouvelé, le malade recevra du médecin une ordonnance, ira chercher sa ouate, sa solution d'eau boriquée ou de sublimé, gaze salolée, chez ce pharmacien, rapportera ces objets au médecin, qui les emploiera pour un pansement.

Le médecin n'a pas le droit de faire venir directement de chez M. Robin, pharmacien, un flacon de peptonate de fer et le délivrer à un client. Pareillement, défense de faire venir ou de se fournir d'une maison en gros, d'appareils orthopédiques, bandage, ceinture, bandes élastiques etc.

Tous ces accessoires de pharmacie devront être demandés à la pharmacie de la localité qui les fera venir si besoin est, d'après les mesures du médecin.

Droit de la sage-femme : la sage-femme peut prescrire une potion excitante ou calmante du codex ainsi que : ergotine, permanganate, sublimé etc... ???

Mes droits m'ayant été interprétés de cette façon par mon pharmacien, je vous serais bien obligé de me dire si vraiment le médecin est légalement ainsi limité dans ses actes et, s'il y a des erreurs, quelles sont-elles ?

Votre réponse, publiée dans le *Concours*, pourra servir d'enseignement à bon nombre de confrères qui ne se doutent pas d'être dans l'illégalité pour ce qui concerne l'exercice de leur métier.

Agréez, cher confrère, avec mes remerciements, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Nous ne perdrons pas notre temps à nous étonner des prétentions fantaisistes qu'émet ce pharmacien au sujet de ses propres droits (et aussi de ceux des sages-femmes, quand ces dernières favorisent la vente de l'officine, car à celles-ci on en reconnaîtrait bien moins si elles fournissaient elles-mêmes). Pas davantage nous ne signalerons la fantaisie des limitations qu'il impose au médecin quand celui-ci n'a et n'aura jamais qu'une préoccupation et un devoir : soulager vite et guérir son malade par les meilleurs moyens sous sa main.

Nous avons seulement voulu prendre sur le vif la mentalité épicière qui caractérise certains marchands de drogues ; faire constater qu'elle provoque fatalement entre le médecin et le pharmacien, non la collaboration nécessaire à la santé publique, mais la guerre de gros sous faite sur le dos de celle ci ; montrer enfin que, si mauvaise opinion qu'on puisse avoir parfois du législateur, il ne saurait jamais aborder, lui, auteur de la loi de 1902, la révision de la loi de germinal dans le sens rêvé par ces cupidités cyniques.

Ceci confirme pleinement ce qu'écrivait M. A. Gassot, en tête du dernier numéro, au sujet de l'idée d'étudier un nouveau projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.

Celui-ci aboutira s'il est établi dans les conditions prévues par notre président. Si, au contraire, il s'agit de sacrifier les garanties de la santé publique à l'esprit de lucre de certaines officines, on rencontrera une conduite de Grenoble, qui, cette fois sans doute, servira de leçon et rendra à tous les pharmaciens une compréhension juste de leurs droits et de leurs devoirs qui manque trop à certains.

Et alors nous pourrons causer utilement entre professions sœurs

Mais, en attendant, appliquons la loi de germinal et rejetons les prétentions du potard breton, pour nous en tenir aux pratiques équitables toujours conseillées par le *Concours Médical.*

Constatations, certificats et statistiques des causes de décès.

Un règlement du 10 juin 1899 « a rappelé les conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'hygiène dans les arrondissements et prévu la production de comptes-rendus trimestriels auxquels devait être rattaché un relevé des causes de mortalité ». Jusqu'à la fin de 1905, ce service n'a fonctionné d'une façon normale que pour les villes de plus de 5000 habitants. Le 31 janvier 1906, le ministre de l'intérieur a jugé que « le moment était venu de généraliser cet élément d'information » et de l'appliquer obligatoirement aux communes de moins de 5000 habitants. La circulaire porte que, dans chaque canton de France, un médecin correspondant du service des épidémies réunira les bulletins trimestriels fournis par les maires, les compulsera et dressera des tableaux de mortalité par catégories de maladies qu'il inscrira dans des colonnes différentes suivant l'âge des décédés.

Ce travail est fastidieux. Est-il au moins utile ?

Il est utile, à n'en pas douter, dans les départements où l'administration exige qu'un médecin, le médecin traitant ou un autre spécialement désigné, constate les décès et délivre un certificat aux fins d'inhumation. Il est facile de concilier les exigences de l'article 378 du C. P. avec ces formalités. Voici comment on procède dans quelques départements et il semble que ce soit la perfection. Une mort se produit. Le médecin inscrit sur une feuille détachée d'un carnet à souche le nom du défunt, la date de l'événement, si la mort a été naturelle, accidentelle violente, subite, etc.; il indique dans quels délais doit avoir lieu l'inhumation — délai abrégé au cours de certaines épidémies, délai prolongé dans le cas de doute — *mais jamais il ne fait connaître son diagnostic.* Sur une seconde feuille, également détachée du même carnet, il écrit l'âge et le diagnostic, *mais il supprime le nom du mort.* La première feuille est remise ouverte au maire de la commune qui la conserve ; la seconde est adressée en franchise à la préfecture dans une enveloppe cachetée.

De cette façon, tous les intérêts sont saufs.

Ceux de la famille dont le secret est gardé ; ceux du médecin qui est indemnisé de ses peines ; enfin, ceux de la Société qui recueille des éléments sérieux de statistique.

Mais, dans les autres départements, et ce sont les plus nombreux, où n'ont pas lieu les constatations de décès, où les inhumations se font sans certificat médical, que peut bien valoir le dénombrement des causes de décès ? Les diagnostics sont posés par les Maires, ou le secrétaire de la mairie, par le garde-champêtre, ou le plus souvent par leurs femmes. Nous avons vu des états mortuaires et des bulletins nominatifs où ne se trouvaient jamais mentionnés que les mots plutôt vagues de *tumeur*, *maladie interne*, *hydropisie*, *maladie de poitrine*, *paralysie*.

Les médecins qui cataloguent et additionnent sur les feuilles blanches administratives ces diagnostics profanes font un métier de dupe au point de vue statistique et au point de vue professionnel, car la circulaire de M. Dubief porte, vous vous en doutiez, que « l'administration attachant à ce concours le plus sérieux intérêt saura témoigner sa *satisfaction* à ceux qui accepteront de le lui prêter dans la circonstance ».

Ces faits comportent une morale que devront tirer nos associations et nos syndicats médicaux.

Dr L. Viaud.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

La fédération des agrégés des facultés de médecine.

Nous lisons sous ce titre dans la *Tribune médicale* :

La Société des agrégés de Paris s'est réunie, il y a quelques jours, pour se prononcer sur un projet soumis par les agrégés de Bordeaux à tous leurs collègues de toutes les Facultés, et tendant à établir une sorte de fédération où un Comité directeur s'occuperait des intérêts communs à tous les agrégés. Ce projet a été adopté, en principe, par les diverses Facultés de province et récemment, à une forte majorité, par les agrégés de Paris.

L'utilité du *principe* n'a été contestée à peu près par personne : il est banal de répéter que l'union fait la force, et les revendications collectives ont surtout leur raison d'être lorsque les individus sont gênés dans leurs entournures par le souci de leur intérêt particulier, ce qui est très nettement le cas des agrégés, pour la plupart candidats à des places qu'ils obtiendront plus facilement s'ils sont bien sages.

Mais la création de ce rouage nouveau était-elle *actuellement opportune* ? Sur ce point il y a quelques rares dissidents pour les motifs suivants :

1° On songe sérieusement à réformer les études médicales, et dans les projets nouveaux on semble disposé, en haut lieu, à consentir quelques avantages aux agrégés, à leur accorder, sous une forme encore discutée, la pérennité qu'ils réclament depuis si longtemps. Faut il, en forgeant « une arme de combat », indisposer les gens en place, qui déjà regardent d'un mauvais œil les sortes de « syndicats révolutionnaires » que sont les Sociétés locales d'agrégés ?

2° Les agrégés de province ont assez bon nombre d'intérêts différents de ceux des Parisiens ; il est à craindre qu'ils ne les fassent dominer dans un Comité central composé d'un membre par Faculté de province, de deux membres pour Paris.

Ces deux arguments sont caducs :

1° Les Sociétés locales sont mal vues des bureaucrates ministériels, précisément parce que, grâce à elles, l'action commune des agrégés commence à être un peu efficace, en particulier pour les élections universitaires. Il faut donc espérer qu'un Comité central commun sera plus mal vu encore, parce que cela prouverait son efficacité plus grande encore. Comme nous ne sommes pas, en réalité, sur le pied de paix, c'est le moment ou jamais d'avoir des « armes de combat ».

2° Il y a assez d'intérêts communs à toutes les Facultés pour que l'antagonisme entre Paris et la province apparaisse comme chimérique, les agrégés de Paris étant toujours à temps pour se retirer s'ils sentent une hostilité plus qu'improbable. En tout cas, comme les provinciaux sont décidés à établir la fédération, il serait ridicule de s'en désintéresser et de faire bande à part. C'est alors que pourrait naître l'antagonisme redouté par quelques-uns de nos collègues.

Cette manière de voir a rallié la grande majorité des suffrages. Mais, dans l'avant-projet préparé par les Bordelais, un article a été repoussé à *l'unanimité* : celui-ci consisterait à avoir, à côté des membres actifs — les agrégés — des personnalités influentes, politiques surtout, s'intéressant à la cause des agrégés.

Nous pensons tous, à Paris, que si les hommes politiques nous sont parfois utiles, à titre individuel, nous ne devons pas les admettre dans un groupement qui passerait alors à bon droit pour un « syndicat révolutionnaire ». Ce mot est employé contre nos sociétés locales par des adversaires qui savent fort bien qu'en l'employant ils altèrent la vérité : pour rien au monde, il ne faut leur fournir un prétexte de l'employer avec apparence de raison. Il y a des gens non agrégés qui s'intéressent à nous : ce sont de nos anciens collègues devenus professeurs, et n'ayant pas oublié leurs origines ; il y en a, même à Paris : à ceux-là, nous pourrons, sur leur désir, conférer parmi nous une sorte d'honorariat, en les remerciant de l'appui moral qu'ils nous donnent ; mais, ce faisant, nous serons en droit d'affirmer que nous restons entre nous.

L'article visé fut modifié en ce sens, à l'unanimité et nous espérons que ce désaccord, où nous pensons avoir pour nous la saine raison, ne sera pas un obstacle à notre union sur le terrain strictement professionnel. Si j'y insiste, c'est parce que je sais qu'on a représenté certains d'entre nous — et moi en particulier — comme partisans de ces « amis » politiques et financiers. Il faut

vraiment que ce bruit vienne de quelqu'un qui n'assistait pas à la réunion.

A. Broca.

Allons, bravo, les jeunes maîtres !

Nous souhaitons la bienvenue à votre groupement, car il ne nous sera pas hostile, étant bel et bien, au fond, un Syndicat comme les nôtres, pas révolutionnaire du tout (ce qui n'empêchera jamais qu'on le dise), mais soucieux de faire triompher par la persuasion toutes les revendications équitables.

Il fallait bien que vous y veniez, un jour ou l'autre, à l'action commune, seule efficace aujourd'hui pour vaincre la routine, cette association sournoise des gens du passé contre tout progrès nécessaire.

Nos meilleurs vœux pour votre succès.

Syndicat médical des Basses-Alpes.

Le Syndicat médical des Basses-Alpes, réuni à Oraison le 26 août. a constitué son bureau de la façon suivante : Président : Dr Aubert, conseiller général ; vice-présidents : Drs Couvers et Sénès ; trésorier : Dr Bernard (Forcalquier) ; secrétaire : Dr Thieux (Sisteron).

Des questions importantes ont été discutées concernant les tarifs médicaux, les accidents du travail, l'assistance, l'exercice illégal. *Le syndicat est définitivement entré dans une voie d'activité et de progrès.*

La prochaine réunion aura lieu en novembre à Sisteron.

N. D. L. R. — Nous nous empressons de publier à cause de la phrase soulignée, mais l'aimable secrétaire du Syndicat nous permettra de regretter son excessive concision.

CORRESPONDANCE

La reconnaissance des clients. La solidarité entre confrères. Leurs conséquences pour le jeune praticien isolé

27 août 1906.

Monsieur le Directeur,

Etant jeune praticien, et par malheur complètement seul, ne faisant partie d'aucune société médicale, je me permets de venir vous demander un renseignement et un conseil. Je vous prie d'avance de m'excuser ; j'aurais désiré me mettre du « Sou médical » mais, ne connaissant aucun des confrères qui en font partie, je ne sais où trouver des parrains.

Voici le cas. J'ai soigné à X. un jeune étranger du 10 juillet au 9 août pour lésions internes à la suite d'une chute, suivies d'ictère à forme très sérieuse, et pour fracture de l'extrémité inférieure du radius, sans déplacement. Le 8 août, j'envoie ma note (700 francs) au père du malade. Le 9 août, lors de ma dernière visite, le père, devant *trois membres* de sa famille, s'excuse de n'avoir pas avec lui la somme nécessaire pour s'acquitter, et s'engage à me régler par correspondance le 13 au plus tard, disant ne pouvoir le faire dès le 12, jour de sa rentrée à Paris, ce jour-là étant un dimanche et les bureaux étant fermés ce jour. Pas un mot d'étonnement sur le montant de la note, dont j'avais le détail en poche. L'engagement était explicite, formel, *mais oral*, devant trois témoins, *mais de la famille*.

Le 14, je reçois, au lieu de mes honoraires, une lettre où mon débiteur déclare ma note exagérée et refuse de payer plus de 500 francs. J'ai répondu de suite — lettre recommandée — donnant le détail de la note, m'étonnant du procédé après la parole donnée, et déclarant qu'après l'entretien du 9, il m'était impossible d'accepter aucune discussion. Je n'ai pas encore de réponse.

X. est à 6 km.400 de ma résidence ; pays de montagne, mais le trajet peut être fait à bicyclette.

Le tarif pour clients du pays — tarif que j'ai repris de deux prédécesseurs — est 15 francs lorsque le client ne prend pas à sa charge les frais de transport, 10 francs en cas contraire. La commune de X. accorde une subvention annuelle de 300 francs ; il ne me paraît donc pas exagéré de demander 20 francs aux voyageurs de passage. Mon confrère de G. a demandé 200 francs (G. est à 60 km.) C'est un vieux praticien et je lui ai demandé conseil pour la fixation de mes prix dans le cas particulier. J'ai toujours été à X. à bicyclette, ou avec une voiture à mes frais (5 francs).

J'ajoute que mon client, arrivé en automobile de Paris, est un riche industriel, ayant villa sur l'Océan, qu'il vit largement, a 4 domestiques (minimum) pour 3 personnes, etc.

Enfin, comme je le lui ai écrit, j'ai négligé sur ma note, intentionnellement : des soins donnés, soit à lui (lymphangite, rhumatisme goutteux), soit à son petit fils (diarrhée) ; une visite à X. étant sur les lieux ; et des recherches presque quotidiennes d'albumine dans l'urine du malade, ce qui me permettrait de faire monter la note largement à 750 francs.

Je lui réclame 700. J'ai consulté votre tarif pour établir ma note. Je viens vous demander : 1° Ma note est-elle exagérée ? 2° Si ce client persiste à faire le mort, puis-je poursuivre avec espoir d'avoir gain de cause.

Il me semble impossible que le débiteur et les 3 membres de sa famille osent nier l'engagement pris oralement le 9 août ; mais il n'y a rien d'écrit. Cette conduite déloyale s'explique par la circonstance suivante : M. X devait présenter son fils à Paris à son médecin, le Dr Z. et désirait que j'envoie l'observation à ce confrère, ce que j'ai fait; et ce que je n'aurais pas fait, il le savait bien, s'il n'avait su remettre le conflit de quelques jours.

Vous m'excuserez encore, Monsieur et cher confrère, je ne sais à qui m'adresser pour avoir réponse à ces deux questions. Inutile d'ajouter que je m'engage à ne pas prononcer votre nom, ni celui du « Concours » en cas de conflit. Je vous remercie d'avance, et vous prie d'agréer mes sentiments très distingués.

Dr Y.

Trois jours après, alors que nous allions répondre au jeune confrère : « Votre note n'est pas du tout exagérée, poursuivez », nous recevions de lui cette deuxième lettre.

30 août 1906.

Monsieur et cher confrère.

Mon client m'ayant adressé les 700 francs demandés, ma dernière lettre n'a plus d'intérêt pratique. Je vous serai néanmoins bien reconnaissant de me dire, pour mon édification personnelle, si ma note était exagérée.

Je l'ai établie après avoir pris conseil, après avoir consulté des tarifs imprimés, tenant compte de la gravité du cas, du service rendu, et de la situation de fortune du client. Je ne suis jamais resté moins d'une heure auprès de mon malade, je l'ai soigné en toute humanité et sans arrière-pensée lucrative, je n'ai pas songé à « tirer à la visite », enfin j'y ai mis tout mon cœur et toute ma conscience. C'est pourquoi l'issue m'est particulièrement douloureuse. Je tiens donc à savoir si mon client est un ingrat ou si c'est moi qui ai agi maladroitement. Je vous envoie ci-inclus la lettre que j'ai reçue avec le montant ; c'est un affront qui s'appuie sur l'opinion de confrères de Paris (?!).

27 août 1906.

A Monsieur le Docteur Y., à V.

Monsieur, j'avais déjà trouvé, lorsque le 8 courant j'ai reçu votre note d'honoraires, le montant excessif, mais je ne voulais pas réclamer, n'ayant pas eu la précaution, en arrivant moi-même à X., de vous demander le prix de vos visites ; le montant de vos honoraires eût été probablement différent !

Ayant eu, dès mon arrivée à Paris, l'occasion d'en causer avec quelques docteurs de Paris, qui ont trouvé la chose exagérée, étant donné votre jeunesse et par conséquent votre expérience relative, je n'ai pas hésité à vous écrire le 13 courant croyant plus à une irréflexion de votre part qu'à un manque de délicatesse. Mais puisque, par votre réponse recommandée du 15 courant, vous persistez, exigeant la totalité (soit sept cents francs), je vous envoie sous ce pli la dite somme.

Inutile de m'accuser réception, le reçu de la poste suffira pour ma garantie. J'ai l'honneur de vous saluer.

Je renvoie cette lettre à l'expéditeur avec un reçu. Il m'est en effet impossible de chercher à donner des explications, sans relever ces termes, et le signataire est un vieillard.

Puis-je, puisque je suis en train de vous importuner, vous demander encore un petit conseil de déontologie. Lorsque je dois envoyer à l'hôpital un malade de l'assistance médicale, j'ai à remplir un bulletin ouvert sur lequel est porté le diagnostic. Prenons l'éternel cas de la syphilis. Ce bulletin passe sous les yeux du maire de la localité, de tout le conseil, qui en général ignorent les devoirs de discrétion. Et l'on glose. Arguant de ce bulletin, le Maire me demandera directement le diagnostic. Je protesterai pour la forme et le bulletin parlera pour moi. Est-ce admissible ? Si j'emploie des signes conventionnels, ce sera éveiller la curiosité, et ils seront vite démasqués. N'ai-je pas le droit de laisser le diagnostic en blanc ? Ou faut-il porter un faux diagnostic, quitte à écrire directement au médecin de l'hôpital ?

Vous m'excuserez encore, Monsieur et honoré confrère, et veuillez agréer, avec tous mes remerciements, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Y.

N. D. L. R. — L'expertise de la note détaillée nous a prouvé : 1° que le client est sinon un type d'ingrat hors pair, au moins l'incurable marchandeur qui nous traite en épiciers ; 2° que, pour cette raison, il ne faut ajouter foi que de façon relative à ce qu'il met sur le dos des confrères parisiens, quoique certains d'entre eux en soient bien capables, quand ils font eux-mêmes du rabais, ou quand ils ont la prétention de se croire plus malins que le médecin de campagne, choses qui ne sont pas si rares ; 3° que la note ayant été consciencieusement établie, d'après nos tarifs, le « Sou médical » eût accordé son appui moral au confrère s'il en avait été membre.

Nous adressons d'autre part à M. le Dr Y. la liste de nos sociétaires de sa région qui peuvent lui servir de parrains, avec les noms des membres du Bureau de la Société locale auxquels il demandera l'adhésion.

Et enfin nous l'engageons à refuser les diagnostics sur les bulletins jusqu'au jour où l'Administration se reconnaîtra tenue au secret.

L'indemnité de premier équipement pour les médecins réservistes et territoriaux.

St-Laurent (Jura), le 14 septembre 1906.

Monsieur le Directeur du *Concours Médical*,
23, rue de Dunkerque, Paris.

De retour d'une période de 28 jours que je viens d'accomplir aux manœuvres de forteresse de Langres comme aide-major de réserve, je trouve, dans le n° 32 de votre estimable journal, dans la correspondance, deux lettres qui m'intéressent vivement. A la demande que j'avais faite, lors de ma nomination au grade d'officier de réserve, d'obtenir une indemnité comme mise de premier équipement, la Direction du service de santé du 7e corps me répondit que je n'avais pas droit à cette indemnité, n'ayant pas été ancien sous-officier de l'armée active, mais que je pouvais obtenir gratuitement des vêtements de sous-officier rengagé sur lesquels je ferais apposer, à mes frais, les attributs et marques de mon grade.

Je trouvai plus simple de m'habiller entièrement à mes frais. Mais, en lisant la lettre du Dr R. D., de T.-s.-O., page X (n° 32), je me demande si vraiment j'ai su obtenir mes droits, et, à mon tour, je viens faire partie des questionneurs dont la naïveté attriste à juste titre le roublard confrère qui a su toucher les 300 fr. d'indemnité. Et pourtant, dans le même n° du journal, la lettre du Dr C., de A. (page V), semble donner raison à mon Directeur du service de santé ! La réponse qu'il envoie est identique à celle que je recevais le 2 décembre 1904.

Je serais très satisfait de voir éclaircir une question qui intéresse la majorité des jeunes médecins. Si vous ne pouvez vous charger vous-même d'écrire au Dr R. D. qui pourrait fournir la solution du problème, ne pourriez-vous me communiquer son adresse exacte, je lui écrirais directement.

Veuillez agréer, etc... Dr PROST.

Réponse. — La loi et les prophètes sont d'accord avec votre Direction, ainsi que nous l'avons dit en tête du Reportage du dernier numéro.

A propos de l'hospitalisation des indigents.

Boulogne-sur-Mer, 15 septembre 1905.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Comme corollaire aux observations dont vous faites suivre l'article intitulé : « L'hospitalisation peut-elle être imposée aux indigents ? », *Concours* du 16 septembre, page 665, permettez-moi d'ajouter les deux remarques suivantes :

1° Le règlement de l'Assistance publique de Paris, reproduit par tous les hôpitaux de province, porte que, seules, les personnes atteintes d'affection *curable*, seront reçues dans les salles des malades ;

2° Ne peuvent être admis dans les hospices que les vieillards âgés de 70 ans au moins et les personnes atteintes d'*infirmité* incurable qui ne leur permet pas de gagner leur vie par le travail.

Donc, de par la loi et les prophètes, un cancéreux de l'estomac, ou d'ailleurs, ne *doit* être soigné qu'à son domicile, à moins d'ériger en dogme la curabilité du cancer.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr FILLIETTE.

Le Congrès des Praticiens contre le certificat supérieur.

10 septembre 1906.

Je donne mon entière adhésion à un Congrès de praticiens, ayant pour but de proclamer *l'égalité ab-*

solue de tous les médecins pourvus du diplôme de Docteur d'une Université française.

Je suis même partisan de la suppression de tous les autres grades obtenus dans des Concours où le favoritisme joue un rôle prépondérant.

Les titres, dont se parent certains de nos confrères, ne sont, en effet, qu'une amorce pour la clientèle riche, mais ils n'offrent aucune garantie spéciale pour les malades, en vue desquels le *corps médical* a été institué.

Si deux classes de médecins sont nécessaires, il faut que l'une se consacre entièrement à la pratique et l'autre à l'enseignement ; — mais il n'est pas possible d'admettre que certains praticiens aient un *diplôme supérieur* dont ils feraient étalage aux yeux des badauds et qui tendrait à faire croire au public que nous autres, vieux docteurs, sommes d'une autre catégorie *naturellement inférieure*.

J'espère donc que ceux d'entre nous auxquels ils reste encore quelques velléités d'indépendance, ne souffriront pas d'être ainsi *hiérarchisés*, surtout dans une République démocratique.

Croyez, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments.

D[r] JABLOWSKI
de Poitiers.

BIBLIOGRAPHIE

Le signe de la mort réelle en l'absence du médecin.— La constatation et le certificat anatomique des décès à la campagne (1).

Nous avons fait connaître en son temps, le procédé de diagnostic de la mort réelle trouvé par le docteur Icard (de Marseille), procédé aujourd'hui devenu classique et dont l'application a été rendue obligatoire dans un très grand nombre de villes. Ce procédé consiste à injecter sous la peau, et mieux dans une veine superficielle du bras, quelques centimètres cubes d'une solution alcaline de fluorescéine. Cette substance, en colorant intensivement en vert les yeux, en jaune les muqueuses et les téguments, met en évidence, de la façon la plus nette, les moindres restes d'une vie latente qui, sans cet artifice, pourrait en imposer au médecin le plus clairvoyant pour une mort réelle. Mais le procédé de la fluorescéine, quoique infaillible et fort simple, présente le grave inconvénient de ne pouvoir être appliqué que par le médecin, et c'est en l'absence du médecin, à la campagne surtout, que le danger des inhumations prématurées est à craindre plus particulièrement. Ce qu'il faut ici, ce n'est pas un procédé médical, mais un *procédé vulgaire*, un procédé permettant à toute personne étrangère à la médecine de se prononcer sans hésitation sur la réalité de la mort.

Or, en l'absence du médecin, le seul signe de mort absolument sûr est la putréfaction avancée. Malheureusement, ce signe est trop tardif, et il y aurait danger pour l'hygiène à en attendre la manifestation non douteuse, la sécurité publique ne permet pas de pousser si loin la rigueur de la preuve. Mais, en réalité, la putréfaction n'est pas un signe aussi éloigné qu'on le croit généralement, et le docteur Icard est arrivé à démontrer que, bien avant l'apparition de la putréfaction évidente, des gaz sulfurés se produisent dont la présence, dûment constatée, indique la réalité de la mort d'une façon aussi certaine que la putréfaction elle-même.

Ces gaz sulfurés, produits précoces de la décomposition cadavérique, se forment plus spécialement et en grande abondance, dans les poumons d'où ils s'échappent par les fosses nasales. Il suffira donc, pour avoir la preuve spontanée de la réalité de la mort, d'introduire dans une des fosses nasales ou de déposer sous une des narines un petit morceau de papier réactif dont le changement de coloration, sous l'action des gaz sulfurés, fournira *aux moins instruits, et automatiquement*, la preuve de la réalité de la mort.

Le papier que propose le docteur Icard est un morceau de papier à écrire ordinaire sur lequel, avec une solution d'acétate neutre de plomb, on trace des inscriptions, des dessins quelconques qui en l'état sont invisibles ; la réalité de la mort sera indiquée par l'apparition spontanée des inscriptions ou des dessins sur le papier qui, au moment de son application, paraissait tout à fait blanc. C'est le mort lui-même qui dit : « *je suis mort* », et il fournit la preuve de la vérité qu'il affirme. Le papier réactif, fourni gratuitement par les communes où il n'y a pas de médecin et rapporté à la mairie après réaction, tiendra lieu et place de certificat de décès.

Ce nouveau livre du docteur Icard est digne au plus haut point de l'attention des pouvoirs publics, et on ne saurait trop en recommander la lecture. Il existe, en effet, des cas indéniables, absolument authentiques — l'auteur en cite plusieurs — qui justifient pleinement la peur d'être enterré vivant. Ceux que hante cette peur légitime trouveront dans ce dernier livre du docteur Icard la solution qui les rassurera entièrement, écartant à jamais de leur esprit toute crainte de la possibilité d'une erreur.

(1) Un volume de 329 pages avec dessins et gravures, chez A. Maloine, éditeur, 25 et 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Prix : 4 fr. ; net : 3 fr. 50.

REPORTAGE MÉDICAL

Ecole du service de santé militaire. — Liste, par ordre de mérite, des candidats nommés à l'Ecole du service de santé militaire par décision du ministre de la guerre du 27 août 1906, à la suite du concours de cette année :

1 Russo.
2 Coville.
3 Bolotte.
4 Bonjean.
5 Maux.
6 Bénard (Henri-Auguste).
7 Accolas.
8 Razou.
9 Marc.
10 Galey.
11 Rougeux.
12 Vermelin.
13 Guilmain.
14 Bureau.
15 Rottier.
16 et 17 ex aequo Brusset, Tronyo.
18 Séry.
19 Buisson.
20 Naudet.
21 Bertet.
22 You.
23 Gabrielle.
24 Saulnier.
25 Touranjon.
26 Remy.
27 Lombardy.
28 Vignol.
29 Barral.
30 Rasse.
31 Soderlindh.
32 Blondet.
33 Birat.
34 Drouet.
35 Ferry.
36, 37 et 38 ex aequo Barbier, Bernard (Paul-Jean), Ayrolles.
39 Brunhammer.
40 Guibert.
41 Roshem.
42 Maire.
43 Bendon.
44 Pilod.
45 Abecassis.
46 Maignier.
47 et 48 ex aequo Ollé, Achard.
49 Bernard (Louis-Marius-Justin).
50 Lacaze.

Ceux de ces élèves qui ont déjà accompli un an de service militaire devront se présenter au médecin inspecteur, directeur de l'école, le vendredi 12 octobre 1906, à huit heures du matin. Les autres devront, s'ils remplissent les conditions d'aptitude physique au service armé, accomplir, avant leur entrée à l'école, un an de service dans l'un des régiments de cavalerie ou d'artillerie énumérés par le décret du 25 août 1906 (*Journal officiel* du 28).

Tous les élèves de cette dernière catégorie devront adresser avant le 10 septembre 1906 au ministère de la guerre (7[e] direction) la liste par ordre de préférence des corps dans l'un desquels ils désirent servir. Cette liste devra comprendre tous les régiments : cavalerie ou artillerie, ou les deux armes s'ils n'ont pas de préférence pour l'une d'elles, offerts à leur choix par le décret précité. Satisfaction

leur sera donnée autant que possible d'après leurs numéros d'admission à l'école et dans les limites fixées. Si les renseignements nécessaires ne sont pas parvenus au ministère à la date du 10 septembre, les affectations seront faites d'office. Chaque élève recevra ensuite le certificat d'admission à l'école du service de santé militaire indiquant dans quel corps il devra accomplir une année de service.

Munis de ce certificat, les élèves qui ne sont pas inscrits sur les tableaux de recensement se présenteront du 1er au 5 octobre au commandant du bureau de recrutement dont ils dépendent pour être visités ; puis ils contracteront le double engagement (engagement militaire et engagement sexennal) dont le modèle (n° 4) est annexé au décret du 27 juin 1905 (*Bulletin officiel du ministère de la guerre*, partie réglementaire n° 25 de 1905 (imprimerie Chapelot et Cie, 2, rue Christine, à Paris), et *Bulletin des lois*, partie principale, n° 2638, page 730 (Imprimerie Nationale à Paris). Les autres rejoindront leur corps d'affectation dans les mêmes conditions que les appelés de la classe ; l'engagement sexennal (modèle n° 4 simple) ne sera contracté par eux que lors de leur entrée à l'école du service de santé militaire.

Les élèves qui renonceraient au bénéfice de leur admission à l'école du service de santé militaire devront adresser d'urgence leur démission au ministère de la guerre en y joignant l'autorisation de leur père (ou mère ou tuteur) s'ils sont mineurs.

Voici la liste des corps de troupes à cheval où devront servir les élèves qui, admis à l'école du service de santé militaire en 1906, doivent accomplir un an de service avant leur entrée à cette école :

Russo, 6e artill. ; Coville, 7e ; Bonjean, 15e chass. ; Maux, 23e artill. ; Bénard, 15e ; Accolas, 19e chass. ; Razou, 23e artill. ; Marc, 18e chass. ; Galey, 18e artill. ; Vermelin, 11e drag. ; Guilmain, 8e huss. ; Rottier, 23e artill. ; Séry, 33e ; Buisson, 1er ; Naudet, 5e ; Gabrielle, 18e ; Saulnier, 5e ; Touranjon, 21e ; Remy, 5e ; Blondel, 14e ; Birat, 33e, Drouet, 35e ; Bernare (Paul-Jean), 18e ; Guibert, 19e ; Rashem, 8e ; Maire, 12e drag. ; Abécassis, 18e artill. ; Maignier, 14e drag. ; Ollé, 23 artill. ; Achard, 14e Lacaze, 14e.

Pharmaciens : Bobier, 40e inf., Baylet, 122e inf.

Au sujet de l'école de Lyon. — M. le Dr Noël écrit dans le *Caducée* :

La nouvelle loi sur le service militaire aura probablement un retentissement fâcheux sur l'Ecole de Lyon, dont elle diminue considérablement les avantages tout en aggravant ses côtés désavantageux.

Son plus gros bénéfice était de décompter comme service militaire le temps passé à l'Ecole. Les élèves étaient donc, en réalité, dispensés de l'année à faire dans le rang. Aujourd'hui, ils sont tenus, avant d'entrer à l'Ecole, de servir une année dans les troupes à cheval, de telle sorte que leur seul bénéfice, par rapport aux étudiants civils, est de faire à l'Ecole la deuxième année de service que ceux-ci accomplissent comme médecin-auxiliaire ou aide-major de réserve.

Cet avantage est acheté par l'obligation de contracter, dès l'entrée à l'Ecole, l'engagement de servir dans l'armée active pendant six ans au moins à dater de la nomination au grade d'aide-major de 2e classe. Il nous semble que ce prix est trop élevé, d'autant plus que la date de la libération se trouve reportée d'un an en arrière, puisque la réception au doctorat et par conséquent la nomination d'aide-major de 2e classe est retardée d'un an du fait de l'interruption des études par l'année passée dans le rang.

Bien des parents hésiteront, sans doute, à lier pour au moins dix ans l'avenir de leur enfant tout en payant, pendant trois ans, une pension de mille francs.

Dans ces conditions, l'Ecole de Lyon ne se recrutera que si elle est gratuite ou à peu près, c'est-à-dire si les bourses complètes sont distribuées *largâ manu*.

En tout cas, ce ne sont pas les dispositions du dernier paragraphe de l'article 11 du nouveau décret (18 mai 1906) qui donneront confiance aux parents car il est ainsi rédigé :

Au cours de sa scolarité, l'élève titulaire d'une bourse ou d'une demi-bourse qui ne donne pas satisfaction soit par son travail, soit par sa conduite, peut être, sur l'avis émis par le conseil de discipline, privé, par le ministre de la guerre, de la bourse ou de la demi-bourse précédemment obtenue ?

De son côté, l'article 15 prescrit que :

Les élèves démissionnaires ou exclus sont tenus au remboursement des frais de scolarité, et, s'ils ont été boursiers, au payement du montant des frais de pension et de trousseau avancés par l'administration de la Guerre.

Et pour éviter toute discussion, l'instruction relative à l'admission des élèves à l'Ecole de Lyon exige, lors de l'inscription du candidat, un engagement pris par le père ou le tuteur ou le candidat lui-même, s'il est majeur et jouit de ses biens, et libellé ainsi qu'il suit :

« Je soussigné, m'engage en mon nom personnel à rembourser au Trésor le montant des frais de scolarité et d'indemnité que le ministre aura payés (mon fils *ou* pupille *ou* moi), dans le cas où il donnerait sa (*ou* je donnerais ma) démission d'élève, ou il serait (ou je serais) exclu de l'école, ou n'obtiendrait (*ou* je n'obtiendrais) pas le grade de médecin-major de 2e classe ou ne réaliserait pas (*ou* je ne réaliserais pas) l'engagement sexennal. En cas de réforme pour infirmités, le présent engagement sera annulé. A défaut du payement du montant de ces frais de scolarité, je déclare me soumettre à ce que le recouvrement en soit poursuivi par voie de contrainte administrative décernée par le ministre des Finances, suivant les droits qui lui sont conférés par les lois des 12 vendémiaire et 18 ventôse an VII. »

Voilà un engagement bien grave et qui pourrait bien n'être pris que par ceux qui seraient dans l'impossibilité absolue de le tenir.

En résumé, à notre avis, dans les conditions nouvelles qui lui sont faites, l'Ecole de Lyon ne pourra assurer son recrutement que par la gratuité à peu près absolue et l'on peut se demander, devant les charges nouvelles qui en résulteront pour le Trésor, s'il n'y aurait pas lieu de songer au système italien, c'est-à-dire de recruter les médecins militaires avec les docteurs en médecine achevant leur service militaire.

La prose administrative a toujours des surprises: le décret du 18 mai 1906 ne pouvait déroger à cette règle. Voici, d'une part, le problème qu'il pose à l'article 59 :

« L'exclusion d'un élève ne peut être proposée qu'à la majorité des deux tiers des voix. » Or, le conseil de discipline comprend 7 membres ! Quel est dans ce cas le chiffre représentant les deux tiers des sept voix !

Voici, d'autre part, une perle, c'est le dernier alinéa de l'article 56 :

« Les membres absents siègent en grande tenue. »

Les Cures de vacances ministérielles. — Pour être ministre, on n'en est pas moins homme, et il faut bien consacrer au moins son temps des vacances à sa santé.

Obéissant à cette loi, M. Etienne s'est retrempé dans l'onde salée à Paramé, non loin des Corbières; M. Clémenceau s'est offert Carlsbad ; M. Sarrien, Châtel-Guyon, qui se paye tous les ans le luxe d'un ministre au moins.

Nous ne voyons nulle part qu'un de nos gouvernants ait songé à son larynx, et pourtant, avec l'abus qu'ils en font !....

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année N° 39 30 SEPTEMBRE 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La révision de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Un ancien pharmacien, lecteur assidu du *Concours* depuis de longues années, m'adresse la lettre suivante :

Vous êtes dans le vrai, en tendant la main aux pharmaciens et en cherchant un terrain d'entente entre deux professions qui, pour avoir été ennemies, n'en sont pas moins sœurs. Vous prévoyez des difficultés, et vous avez également raison — elles seront même peut-être plus grandes que vous ne le supposez, tant sont enracinées ces préventions qui éloignent les uns des autres médecins et pharmaciens ! Moi-même, il y a une quinzaine d'années, je les aurais partagées sans doute encore et, ma foi, je ne sais trop ce que j'aurais répondu à votre invitation. Mais les années passent, les choses changent d'aspect, et, les réflexions aidant, on finit par modifier sensiblement ses idées.

Vous dites que la pharmacie est bien malade, vous ne dites que trop vrai ; si même vous entendez, par pharmacie la profession telle que je l'ai connue et pratiquée à mes débuts, vous pourriez dire qu'elle est morte : les progrès de la chimie, les perfectionnements de l'outillage industriel, la spécialisation des médicaments, l'intrusion dans l'officine des *professionnels*, la création des pharmacies commerciales l'ont tuée, et, on aura beau faire, on ne la ressuscitera pas.

Et quels sont les moyens proposés ? tous illusoires et inacceptables.

La limitation du nombre des officines ? En vérité, il faut avoir de robustes illusions pour supposer que pareille mesure puisse être votée par le Parlement, et d'ailleurs, la chose fût-elle possible, n'y aurait-il pas lieu de craindre la mainmise, un jour ou l'autre, de l'Etat sur une profession monopolisée ?

Des entraves à la spécialisation des médicaments ? Jamais elles ne seront votées : il s'agit d'une grosse branche de commerce avec l'étranger et nos législateurs ne consentiront jamais à l'amoindrir. Et puis, de quel droit empêcher un fabricant quelconque, par ce temps de falsifications, de vendre un produit — fût-ce du sirop de gomme — à sa marque et sous son nom ? On a parlé d'une commission qui aurait pour mission de se prononcer sur la légitimité des spécialités — vous-même, je crois, au Congrès de l'exercice illégal de la médecine, avez fait justice de cette absurdité.

Quoi encore ? Des mesures contre les pharmacies commerciales ! — Mais qu'on le veuille ou non, ces bazars pharmaceutiques, comme on les appelle, sont appelés à se développer et à se multiplier de plus en plus. Que la chose soit bonne ou regrettable, là n'est pas la question. Ces pharmacies existent, elles plaisent au public, elles ont la vogue et elles ne sombreront pas plus devant les coups qui pourraient leur être portés, que le *Louvre* et le *Bon Marché* n'ont sombré devant les récriminations des

petits commerçants qu'ils ont supplantés. La pharmacie commerciale a pour elle l'avenir, c'est elle qui sera la vendeuse, tandis que la préparation se fera dans les fabriques de produits chimiques, dans les grandes pharmacies-drogueries ou chez les spécialistes.

Evidemment, c'est là une conception nouvelle de la pharmacie, mais c'est sous ce jour qu'il faut la voir désormais. Croit-on, dès lors, qu'il soit possible de s'hypnotiser sur le replâtrage de la loi de germinal ?

Vous disiez, faisant allusion aux rapports futurs des médecins et des pharmaciens, qu'il faudrait concevoir un pays où il n'y aurait pas de pharmaciens et où il conviendrait d'organiser la profession — votre conception est bien plus vraie et plus nécessaire encore, car la pharmacie constitue actuellement une profession nouvelle n'ayant presque plus rien de commun avec ce qu'elle a été autrefois.

Eh bien ! je le dis nettement à mes confrères pharmaciens : ils sont incapables, seuls, d'arriver à la rédaction d'une proposition de loi satisfaisante : ils sont trop divisés par des intérêts particuliers trop divergents. Il faut entre les divers groupes pharmaceutiques, hostiles les uns aux autres, un élément pondérateur, également compétent et désintéressé ; or cet élément ne peut être que le corps médical représenté lui aussi par ses divers groupements.

Je connais mes confrères, ils ne vous auraient jamais demandé votre collaboration, vous la leur offrez, vous avez raison ; vous faites le premier pas, j'espère qu'eux feront le second.

Dans ma carrière, j'ai pratiqué un certain nombre de médecins : je ne dirai pas que j'ai eu avec tous les mêmes relations, mais je puis affirmer qu'avec l'ensemble je me suis assez bien entendu. Parbleu ! il en est qui ont donné quelques paquets, quelques potions — je le savais ; moi-même j'ai délivré bien des médicaments sans ordonnance, accompagnés de quelques petits conseils — ils le savaient ; nous ne nous sommes pourtant jamais disputés, nous ne nous sommes pas fait grand tort réciproquement et le public, dans un cas comme dans l'autre, y a trouvé son compte. Pourquoi ce qui s'est passé chez moi ne pourrait-il se passer régulièrement, ouvertement, légalement partout ?

Il suffirait, vous l'avez parfaitement dit, d'examiner la question en se plaçant au seul point de vue de l'intérêt général qui, quoi qu'on fasse, finira toujours par l'emporter. Le pharmacien, dans quelques cas, pourra subir une perte bien insignifiante d'ailleurs.... il trouvera une compensation plus grande dans la rénovation de sa profession.

Je me suis demandé bien souvent pourquoi tout ce qui regarde la physique médicale, par exemple, échappe au pharmacien : pourquoi les lunettes, pourquoi les appareils... Que sais-je encore ? L'accord entre médecins et pharmaciens ne pourrait-il amener ce résultat ?

Mais je m'égare, il ne s'agit pas plus pour moi d'exposer telle ou telle revendication que pour vous, en ce moment, de discuter le plus ou moins bien fondé des propositions que certains de vos confrères exposent dans le *Concours*. J'ai lu, avec le plus vif intérêt et, pourquoi ne pas l'ajouter, avec le plus grand plaisir, les deux articles que vous avez consacrés à la question de la revision de la loi sur l'exercice de la pharmacie et je n'ai pu m'empêcher d'applaudir à votre proposition d'entente — j'attends, je vous l'avoue, avec une certaine impatience, la réponse que vous fera la presse pharmaceutique. »

J'ai tenu à donner, dans son entier, cette lettre si suggestive émanant d'un homme qui connaît à fond la question pour l'avoir vécue et qui la juge avec le désintéressement nécessaire. Je n'affirmerais pas que, si je me trouvais tout à coup en face de lui pour faire le travail auquel nous convions les pharmaciens, nous serions immédiatement du même avis sur tous les points, mais j'ai la conviction que l'accord se ferait sans trop de difficultés et qu'une fois le travail achevé, nous nous séparerions sans être trop mécontents l'un de l'autre.

Un autre correspondant m'affirme que, dans certains milieux pharmaceutiques, on verrait plutôt d'un mauvais œil l'entente se produire et qu'on tenterait certaines diversions pour la faire échouer : des démarches seraient faites près de certaines personnes autorisées pour les déterminer à l'abstention et les intentions du *Concours* seraient absolument dénaturées.

S'il est, comme le dit mon correspondant, *des malins qui affirment connaître le fond des choses*, ces malins devraient bien dire si c'est sur l'exercice illégal de la médecine et la guerre aux médecins qu'ils comptent pour rénover la profession de pharmacien. Je n'ai jamais supposé que notre proposition serait acceptée d'enthousiasme par tous, je n'ai même jamais trop compté sur le premier mouvement de ceux à qui nous nous adressons en ce moment : c'est à leur opinion réfléchie que nous faisons appel, c'est d'elle que nous attendons la réponse.

Nous proposons l'entente — on l'acceptera ou on la repoussera : dans tous les cas, nous croirons avoir fait notre devoir et ce sont les événements qui nous dicteront notre conduite dans l'avenir. Nous attendons, nous aussi, comme mon correspondant, la réponse de la presse et des groupements pharmaceutiques. A. GASSOT.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'épreuve de l'alcool en pathologie gastrique.

M. le Dr CARNOT a fait récemment des recherches sur l'action de l'alcool dans la pathologie de l'estomac ; nous empruntons quelques passages de son travail au *Bulletin Médical*.

« L'alcool, dit M. Carnot, a depuis longtemps la réputation d'exciter la sécrétion gastrique, et à cet égard, la tradition populaire a singulièrement devancé les expériences physiologiques. Cette action est très nette et peut être démontrée de différentes façons.

On peut très simplement constater, après ingestion d'alcool, que le liquide gastrique retiré par la sonde est acide et digère l'albumine ; tel est le principe même de l'épreuve clinique que nous préconisons.

On peut aussi, chez des animaux porteurs de fistules gastriques, constater, avec Cl. Bernard, que l'instillation directe d'alcool par la fistule produit également une sécrétion acide et active. Il en est, d'ailleurs, de même chez l'homme.

Les nombreuses expériences faites sur les chiens montrent même que l'absorption d'alcool, par une voie quelconque, provoque une sécrétion glandulaire active de l'estomac.

« Il s'agit maintenant de savoir si cette sécrétion

est assez constante à l'état sain, assez variable dans les différentes altérations pathologiques, pour fournir des renseignements cliniques utilisables relativement à l'état de la muqueuse stomacale.

« L'épreuve de l'alcool, telle que nous la pratiquons, consiste dans l'ingestion, à jeun (l'estomac étant vérifié préalablement en état de vacuité), d'une petite quantité d'alcool (5 cc. le plus souvent), à une dilution des deux tiers, et dans l'analyse du suc gastrique retiré après un quart d'heure.

« Chez les sujets sains, cette épreuve, très facilement acceptée, aboutit à une sécrétion constamment acide et capable de digérer l'albumine ; la quantité de suc recueillie après un quart d'heure varie de 15 à 25 cc., l'acidité est généralement de 1 à 1,5 et parfois 2 ‰ ; cette acidité est due presque uniquement à l'acide chlorhydrique libre, ce qui se comprend facilement, puisqu'il n'existe alors dans l'estomac aucune substance organique sur laquelle puisse se fixer l'acide; dans les cas seulement où, sous l'influence de l'alcool, l'estomac sécrète une quantité plus ou moins considérable de mucus, on constate une proportion notable d'acide combiné. La sécrétion a, d'autre part, un pouvoir digestif que l'on peut évaluer en moyenne à 10 millimètres du tube de Mett en vingt heures.

« Un même individu, chez qui l'épreuve a été pratiquée plusieurs fois, et à une semaine d'intervalle, a fourni des résultats presque identiques.

« Chez tous les sujets normaux que nous avons examinés, les caractères de la sécrétion provoquée par l'alcool ont été à peu près analogues : nous devons cependant noter qu'en règle générale les individus ayant l'habitude de l'alcool ont présenté une réaction sécrétoire plus faible que les continents ; mais il est à cette règle quelques exceptions.

« Les sujets à estomac pathologique, chez qui nous avons pratiqué l'épreuve de l'alcool, ont réagi de différentes façons.

« Chez les uns, la sécrétion provoquée par l'alcool a été supérieure à la moyenne comme acidité et comme activité peptique. Ces sujets étaient des hypersthéniques, des douloureux, des constipés, des biliaires ; l'acidité totale était, pour 1000, de 1,88, 2,25 et davantage ; le pouvoir peptique de 13, 15, 16 et même 20.

« Chez les autres, la sécrétion provoquée par l'alcool a été inférieure à la moyenne ; chez plusieurs même, la muqueuse ne réagissait en aucune façon à l'alcool. Parmi ces derniers, nous avons noté deux cas de cirrhose atrophique, chez qui l'épreuve de l'alcool a fourni une sécrétion non acide et sans aucune activité peptique après acidification. » L'auteur a encore fait les remarques suivantes :

Le cancer de l'estomac entrave toute réaction des glandes gastriques à l'alcool.

La gastrite éthylique est un obstacle à la sécrétion acide sous l'influence de l'alcool, mais elle n'empêche pas le pouvoir peptique des glandes, à condition d'aciduler la sécrétion. Enfin, chez un assez grand nombre de malades et particulièrement chez les alcooliques, l'alcool provoque une abondante sécrétion muqueuse qui a, elle aussi, sa signification anatomique et clinique.

En un mot, la muqueuse gastrique saine réagit presque toujours à l'épreuve de l'alcool : quand elle est altérée, elle réagit différemment, tantôt peu, tantôt pas du tout, et cette épreuve peut ainsi fournir des résultats fort utiles.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

MÉDECINE PRATIQUE

LES MÉDICATIONS DES ÉTATS CHRONIQUES

Médications des maladies chroniques du foie.

Vouloir traiter dans un article limité de 4 colonnes les médications des maladies chroniques du foie va paraître bien téméraire à nos lecteurs. S'il s'agissait de discuter et de traiter à fond la question, ce serait évidemment pure folie. Aussi nous hâterons-nous de les rassurer en leur disant que notre plan se borne à énumérer les principes de la thérapeutique et de la prophylaxie des maladies chroniques hépatiques, en signalant seulement la ligne de conduite imposée par chaque maladie.

I

Hygiène prophylactique des maladies du foie.

Et d'abord, quelles sont les règles hygiéniques à observer pour éviter les maladies du foie, surtout quand on y paraît prédisposé par hérédité ?

L'alimentation la plus néfaste pour le foie, c'est l'alcool et surtout l'alcool de vin. Donc, la première règle hygiénique est de s'abstenir d'alcool et d'éviter de boire trop de vin ; l'alcool méthylique et ses dérivés inférieurs sont des poisons particulièrement dangereux pour le foie.

En seconde ligne, vient l'alimentation par les substances riches en ptomaïnes : fromages forts fermentés, gibiers faisandés, pâtés de foies, de gibiers, crustacés (langoustes, homards, écrevisses), charcuterie douteuse. Naturellement, ce n'est pas l'ingestion occasionnelle de ces diverses substances qui amène des lésions hépatiques, c'est la fréquence de cette alimentation qui est dangereuse.

On a attribué, peut-être à tort, une influence fâcheuse à l'alimentation par certains légumes qui agiraient sur les cellules hépatiques et sur la bile. Qu'y a-t-il de vrai dans cette prétendue influence ?

L'absence de données scientifiques nous permet d'en douter ; mais selon l'axiome connu : « *Dans le doute, abstiens-toi,* » en attendant les preuves scientifiques qui manquent, abstenons-nous et continuons de recommander d'éviter les légumes suspects : tomates, radis, radis noirs, choux, choux de Bruxelles, cornichons, piments. Encore une fois, la nocivité de ces aliments n'est

pas démontrée scientifiquement; elle n'est qu'hypothétique. Il en est de même pour l'usage du café.

Une question qui intéresse au plus haut point la prophylaxie des affections hépatiques, c'est la nécessité du bon fonctionnement intestinal.

Le bon fonctionnement hépatique et surtout le bon fonctionnement biliaire a une grande importance pour l'intestin ; mais, réciproquement, l'intestin doit bien fonctionner pour que le foie demeure sain. La constipation due à l'insuffisance d'exercice et à la négligence trop fréquente dans la régularité des défécations est une grande cause du mauvais fonctionnement du foie. Les laxatifs et même les purgatifs périodiquement répétés sont donc de première nécessité pour la prophylaxie hépatique. Il faut veiller aussi sur l'eupepsie de l'estomac, car toute indigestion, tout épisode dyspeptique même, a son retentissement sur le foie.

Veillons donc sur notre alimentation et, en même temps, sur nos digestions.

N'oublions pas que la variété dans les menus de nos repas est le plus sûr moyen d'assurer un fonctionnement normal de l'appareil digestif, car aucune alimentation exclusive ne peut être qualifiée inoffensive. Toute substance alimentaire a ses avantages et ses inconvénients qui se mitigent et se neutralisent avantageusement par la variété. Si l'alimentation exclusive par les œufs est dangereuse pour le foie, en raison de l'abondance de la cholestérine fournie à la bile, il ne s'ensuit pas que l'on doive s'abstenir totalement d'œufs ; de même, si les essences volatiles contenues dans la carotte, rend ce légume particulièrement favorable au foie, il ne faut pas s'adonner exclusivement à ce légume souvent trop cellulo-fibreux et difficile à assimiler pour l'intestin.

De même, le lait est un excellent aliment qui permet au foie de se reposer et de modérer son activité ; il a de nombreux avantages, mais, comme le faisait observer récemment dans ses leçons cliniques M. le Dr Alb. Robin, le lait ne doit pas être pris à doses massives. On absorbe le lait par petites tasses toutes les demi-heures ; c'est le meilleur procédé de sédation des fonctions biliaires à employer : le lait à petites doses est un anticholagogue. Au contraire, le bouillon gras est un excitant de la sécrétion biliaire ; on doit l'administrer dans les cas d'ictère et de congestion hépatique. M. Robin recommande une alimentation modérée et l'ingestion de végétaux de préférence à la viande ; les végétaux qu'il conseille sont : les raves, les navets, les carottes, le pissenlit, le cresson, les pommes de terre, la chicorée.

Les meilleurs laxatifs sont l'évonymine, l'aloès, la gomme gutte, les pilules bleues du Codex (une ou deux le soir), la tisane de feuilles de boldo (2 gr.). M. Robin préconise l'absorption quotidienne de 3 verres d'une solution préparée avec :

Bicarbonate de soude........		10 gr.
Sulfate de soude desséché....	âà	3 gr.
Phosphate de soude desséché.	âà	3 gr.
Benzoate de soude..........		1 gr.

en 1 paquet, à dissoudre dans un litre d'eau.

II

Médication de la lithiase biliaire.

Les principes que nous venons d'exposer nous permettront d'être brefs en ce qui concerne la lithiase biliaire. L'état aigu, c'est-à-dire la colique hépatique, nécessite une médication sédative. Potion bromurée, belladonée et morphinée avec valériane et sirop d'éther, applications calmantes de liniment chloroformé, belladoné et opiacé, sur la région hépatique, lavements évacuateurs simples.

Rappelons la formule que conseille M. Robin :

Bromure de potassium pur.....	6 gr.
Extrait aqueux de belladone....	0,10 centg.
Chlorhydrate de morphine......	0,05 centg.
Eau de laurier-cerise...........	10 gr.
Sirop d'éther....................	30 gr.
Hydrolat de valériane...........	110 gr.

une cuillerée à soupe toutes les demi-heures.

Sur l'abdomen appliquer un carré de flanelle imbibé de :

Baume tranquille........		40 gr.
Extrait de belladone.....	âà	10 gr.
Extrait de jusquiame.....	âà	10 gr.
Extrait thébaïque........	âà	10 gr.
Chloroforme.............	âà	10 gr.

En cas d'insuccès, on a recours aux piqûres de morphine, un centigramme toutes les douze heures.

Après l'état aigu, quand l'ictère est très prononcé, on donne des cholagogues : chaque jour, une tasse d'infusion de feuilles de boldo, 2 gr. prise avec deux perles d'éther, et 3 verres de la solution de sulfate phosphate benzoate de soude, formulée plus haut. Comme alimentation, M. Robin insiste sur la nécessité de s'abstenir de lait, qui est anticholagogue, et de donner plutôt du bouillon qui est légèrement cholagogue. Les infusions chaudes, comme boissons, les bains tièdes, progressivement réchauffés, les lavements chauds, constituent le complément logique du traitement.

En ce qui concerne la médication préventive de la lithiase biliaire et des coliques hépatiques, on prescrira une bonne hygiène alimentaire avec abstinence de graisses, modération pour les œufs, pour le café et pour les liqueurs, lutte persévérante contre la constipation (laxatifs, évonymine, aloès, gomme gutte, pilules bleues du codex. L'hygiène hépatique impose encore l'exercice sans fatigue, l'absence de constriction de la taille, les frictions, massages, bains de vapeurs.

Comme médicaments, on conseillera de prendre pendant 10 à 15 jours par mois, tous les matins à jeun, un verre à bordeaux d'eau de Vichy Grande-Grille chaude, additionnée de 4 à 8 cuillerées à café de glycérine pure à 30°. On peut employer aussi le salicylate de soude, le remède de Durante, la térébenthine, l'huile de Harlem, la tisane de boldo, l'extrait fluide de *Combretum Rambolz* (Robin).

Nous avons à peine besoin de dire que la cure de Vichy ou de Vals procure aux lithiasiques biliaires le maximum de soulagement et d'amélioration.

III

Médications des cirrhoses.

Il y a relativement peu d'années que, grâce aux travaux d'Hanot et de Gilbert, on commence à voir un peu clair dans le chaos des cirrhoses hépatiques : on ne connaissait bien, avant eux,

que la cirrhose atrophique de Laënnec. Quelles sont les médications à opposer à ces dangereuses affections ?

Hélas ! il faut le reconnaître, nous n'en possédons pas une seule vraiment efficace. Tout ce que nous pouvons contre les cirrhoses, c'est de traiter symptomatiquement leurs complications.

Heureusement, la nature parvient quelquefois à triompher du mal, et des guérisons, tantôt passagères, tantôt définitives, sont de temps en temps observées, sans qu'on puisse expliquer scientifiquement le mécanisme de ces guérisons. En tous cas, ces cas ne peuvent être attribués au traitement ; ce sont seulement d'heureux hasards qui profitent naturellement au médecin ou à l'empirique dont l'intervention est venue à propos.

Comme prophylaxie, un grand principe domine : la cirrhose atrophique est généralement d'origine alcoolique et vineuse. D'où cette règle absolue qu'il faut s'abstenir d'excès de vin. La cirrhose hypertrophique biliaire vient d'un mauvais état des voies digestives et biliaires et peut-être même d'une infection microbienne. En général, les autres cirrhoses sont causées par des infections intestinales remontant le canal cholédoque et les canalicules biliaires. D'où ce principe prophylactique que les purgations fréquentes, environ une ou deux fois par an, sont formellement nécessaires, surtout chez les personnes qui manquent d'exercice musculaire.

Comme médication curative, il n'existe malheureusement rien. Cependant, on peut recourir à l'iodure de potassium à petites doses, 0,25 ou 0,50 centigrammes par jour, continué pendant 2 ou 3 mois ; à l'essence de girofle, *au boldo* en teinture, extrait, pilules, tisanes. On peut donner 50 et 60 gouttes de teinture, 1 ou 3 gr. d'extrait.

Les diurétiques sont également fort utiles : pariétaire, queues de cerises, uva ursi, genêt, stigmates de maïs, chiendent nitré.

En applications externes, sur la région du foie, on emploie les extraits de ciguë, de belladone, le baume tranquille, l'huile à la térébenthine, les onguents divers, les emplâtres iodurés, saturnins, mercuriels.

Contre les accidents de rétention biliaire, on a souvent recours avec quelques succès au calomel à la vapeur, administré soit en pilules de 0.10 centigrammes, quotidiennement, soit en cachets de cinq à dix centigrammes. Il faut bien surveiller cette médication et prescrire le bon entretien des gencives et de la bouche afin d'éviter les accidents de stomatite toujours possibles et toujours sérieux. On peut aussi faire pratiquer des frictions sur l'abdomen avec la pommade au calomel, qui a, au moins, l'avantage d'agir un peu par suggestion.

La suggestion est, en effet, un des grands moyens d'action du médecin dans ces affections où la thérapeutique est si peu brillante.

Les principales complications contre lesquelles, on a le plus souvent à lutter dans les cirrhoses sont : les hydropisies et l'ascite dans la cirrhose atrophique, les hémorrhagies dans la cirrhose hypertrophique. Contre l'hydropisie, on pratique des ponctions au trocart, dès que l'abondance du liquide occasionne de la dyspnée. Aux membres inférieurs œdématiés, on fait des enveloppements chauds avec du taffetas gommé et de l'ouate ; mais on évitera, le plus possible, les mouchetures et les excoriations, qui peuvent se compliquer de gangrène ou d'érysipèle.

Contre les hémorrhagies, on prescrit l'adrénaline, l'antipyrine, l'eau oxygénée, l'ergotine, le tannin, la ferripyrine et le perchlorure de fer.

A la période terminale, on se défiera des crises d'anurie, d'urémie, d'ictère grave et on sera circonspect pour les piqûres de morphine que l'on fera bien d'associer toujours à l'éther.

Les cures de Vichy, de Vals, de Carlsbad, peuvent amener une grande amélioration à la période non cachectique et avant l'apparition des hydropisies et des œdèmes.

IV.

Médication de la syphilis hépatique.

Les déterminations hépatiques de la syphilis sont justiciables du traitement mixte intensif : iodure et mercure, sous forme de solution mixte :

Biiodure de mercure......	0.10 centig.
Iodure de potassium......	10 gr.
Eau distillée.............	150 gr.

formule plus maniable que le sirop de Gibert. On en donne 2, 3, 4, 5 et 6 cuillerées à soupe par jour, avant les repas et progressivement.

Le calomel à doses réfractées a le double avantage de dégager la bile du foie, comme purgatif, et d'agir comme sel mercuriel contre la syphilis. On peut l'administrer *per os* et en injections sous-cutanées.

Le benzoate de mercure, l'huile grise, l'hermophényl, l'énésol sont également très utiles en injections intra-musculaires fessières, pour combattre la syphilis hépatique.

Même avec ce traitement spécifique, il est bon d'instituer un régime cholagogue comme dans la lithiase biliaire et de favoriser les fonctions intestinales. La cure thermale d'Aix-les-Bains ou de Louèche, est indiquée au moment des saisons intermédiaires (printemps ou automne).

V.

Médication du paludisme hépatique.

Les manifestations hépatiques du paludisme sont justiciables du calomel à doses réfractées, cinq à dix centigrammes par jour, et des préparations arsenicales à la dose d'un centigramme par jour, continuées pendant plusieurs mois avec périodes de repos de 8 jours. Comme toujours, il faut joindre à ces médicaments les préparations cholagogues, boldo, solution sulfate-phosphate-benzoate de soude de Robin, salicylates de soude et de quinine, macérations de quinquina.

Vichy et Vals peuvent exercer une heureuse influence sur ces états congestifs chroniques du foie. Quant aux abcès, il va sans dire que seule la chirurgie est compétente pour en pratiquer le traitement.

VI

Parasites du foie.

Les plus connus des parasites du foie sont les ténias échinocoques avec les kystes hydatiques du foie et les douves ou distomes. Les kystes hydatiques sont justiciables de l'intervention chirurgicale, ponction capillaire suivie d'injection d'eau bouillie légèrement iodée ou légèrement sublimée, ou bien excision et suture avec drai-

nage dans l'hypochondre droit. Souvenons-nous que les ponctions capillaires avec aspiration ont quelquefois l'inconvénient de provoquer une poussée fébrile avec urticaire, mais que cet incident est rarement sérieux.

VII

Dégénérescences cancéreuse, tuberculeuse, amyloïde.

Le cancer du foie, soit qu'il s'agisse de cancer massif, soit de cancer des voies biliaires, sarcome ou carcinome, est malheureusement au-dessus des ressources de l'art.

La thérapeutique ne doit être absolument que symptomatique ; aucun médicament, que ce soit de l'iodure, que ce soit du mercure, ne peut être utilement administré ; mieux vaut donc s'abstenir. La suggestion aidée du régime lacté et de la cure d'eau de Vichy en boisson est seule applicable ; on peut d'ailleurs recourir à tous les topiques calmants que l'imagination pourra combiner pour masquer l'expectation forcée que la prudence exige d'observer.

La nouvelle médication par le trypanroth en injections est trop récente pour que l'on puisse formuler une appréciation à son sujet (voir *Concours médical*, n° 35, p. 623). La chirurgie elle-même est à peu près désarmée devant cette terrible localisation du cancer. On ne peut faire, en somme, que de la thérapeutique symptomatique.

Ponction de l'ascite, incisions des abcès, cholécystentérostomie, en cas d'obstruction des voies biliaires et d'acholie.

La tuberculose et la dégénérescence amyloïde du foie sont, elles aussi, au-dessus des ressources de l'art. Le praticien doit se borner à lutter contre les douleurs par la morphine et contre les complications intestinales et urémiques en essayant les diurétiques et les purgatifs à doses réfractées : calomel ou sulfate de soude. L'alimentation sera presqu'exclusivement lactée afin d'éviter les intoxications intestinales et même, en cas de difficulté d'ingestion gastrique, ce sera par des lavements alimentaires au lait, aux jaunes d'œufs et aux peptones que l'on tentera de soutenir les forces déclinantes.

Du reste, le foie n'est jamais seul atteint dans ces différentes affections chroniques : cancer, tuberculose, dégénérescence amyloïde. Les manifestations organiques sont multiples et la thérapeutique n'aurait que faire de s'adresser spécialement au foie ; c'est un traitement général tonique et antiseptique que l'on doit appliquer. En réalité, il faut alors beaucoup moins de savoir que de savoir-faire, auprès de ces malheureux malades voués à une mort certaine, et la tâche du médecin est évidemment beaucoup plus morale que matérielle.

Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Hôpital Necker : M. le Pr agrégé Legueu.

Les grandes hématuries.

Nous avons actuellement dans les salles un malade atteint d'une hématurie grave, par son intensité et sa persistance. Je vais l'opérer tout à l'heure, et mon intervention sera dirigée beaucoup plus contre le symptôme hématurie que contre la lésion causale, en l'espèce très probablement une tumeur de la vessie.

Ce malade est un homme de 30 ans. Il n'accuse, dans ses antécédents, aucune affection importante à noter, ni blennorrhagie, ni syphilis, ni troubles urinaires. Le premier phénomène morbide qui ait attiré son attention est une hématurie survenue il y a un mois environ. Un matin, nous a-t-il dit, il s'aperçut que son urine était rouge. Il se rendit, malgré cela, à son travail et, dans la journée, il eut, alternativement, des mictions claires et des mictions rouges. Depuis ce jour, il a présenté d'une façon continuelle des urines sanglantes, plus ou moins teintées sans doute, mais toujours hémorrhagiques.

Cette hématurie a été spontanée ; rien ne paraissait la provoquer. La fatigue, la station debout, le repos, n'avaient pas d'influence sur elle. A aucun moment, le patient n'a eu de fréquence des mictions ou de phénomène quelconque indiquant une participation de la vessie. Il a remarqué, cependant, que l'hématurie affectait un caractère terminal, la coloration de l'urine étant plus accentuée à la fin des mictions (signe en faveur de l'origine vésicale). Il a expulsé des caillots qui, ordinairement, venaient avec les premiers jets d'urine. Les caillots sanguins de la vessie, chez les sujets jeunes, dont la prostate n'est pas hypertrophiée, sont en général rejetés au commencement ou au cours de la miction, alors que, chez les vieillards, ils restent, comme les pierres, au fond de la vessie : les sondages, seuls, les ramènent. Ici, le sondage n'a jamais évacué de caillots.

Lorsque, vendredi dernier, je suis arrivé dans le service, j'ai examiné ce malade et j'ai été frappé par sa pâleur intense. Nous voyons souvent, dans cet hôpital, des gens atteints d'hématuries, même d'hématuries en apparence plus abondantes que celle-ci, et consistant parfois en du sang presque pur : il s'ensuit rarement, néanmoins, une pâleur aussi accusée. Je me suis enquis immédiatement des conditions dans lesquelles le patient perdait du sang. Son anémie profonde devant être attribuée à la continuité de l'hématurie, j'ai pensé qu'il fallait, après avoir établi si possible un diagnostic, faire quelque chose, la situation demeurant inquiétante. L'urèthre ne présentait rien d'anormal ; il n'y avait pas de cystite. En lavant la vessie avec de l'eau boriquée, nous avons vu l'eau sortir de plus en plus trouble : l'hématurie offrait nettement le caractère de la terminalité.

De cet indice — la terminalité de l'hématurie — nous avons déduit que l'hémorragie était vésicale : mais, quelle en était la cause ? Il n'existait pas de cystite. Le palper bimanuel ne révélait pas d'induration au niveau des parois de la vessie. De calculs, on ne trouvait aucun signe ; d'ailleurs, les hématuries calculeuses n'ont pas une semblable continuité. La seule affection à laquelle il fallait penser, était le papillome vésical. J'ai essayé de pratiquer la cystoscopie et j'ai pu arriver à apercevoir, en bas et à droite, des sortes de végétations papillomateuses. Il ne m'a pas été possible d'approfondir leurs dimensions et leur disposition exactes, en raison du sang qui les recouvrait ; cela a suffi, cependant, à donner un diagnostic approximatif et à baser des indications thérapeutiques : m'appuyant sur cet examen, je

vais opérer et faire, tout à l'heure, une taille vésicale.

Notre malade est, en résumé, atteint d'une hématurie très abondante, dont la continuité a produit un état d'anémie grave, qui met en péril son existence. Le diagnostic précis est, chez ce patient, difficile ; l'intervention, malgré cela, est nécessaire.

Tel est le cas clinique que je pose devant vous. Je désirerais, maintenant, l'envisager d'une manière plus générale et vous montrer comment vous devrez agir, dans des circonstances analogues.

Nous avons, à chaque instant, dans ce service, affaire à des hématuries, mais elles sont, la plupart du temps, intermittentes : elles s'arrêtent à certains moments, permettant au chirurgien d'explorer les organes urinaires pendant une période non-hématurique. Lorsque, comme chez notre malade, l'hématurie est ininterrompue, vous voyez toujours le patient en période sanglante et le diagnostic est beaucoup plus embarrassant. Les moyens de recherche habituels, la cystoscopie, par exemple, donnent des résultats plus vagues, simplement approximatifs : comment, dès lors, le chirurgien s'orientera-t-il ?

Une question essentielle se pose : l'hématurie est-elle rénale ou vésicale ? Considérons, successivement, les éléments qui peuvent nous guider : l'abondance, l'intermittence de l'hématurie, les caillots, l'exploration du rein et de la vessie, la recherche de la terminalité.

Les hématuries intenses sont, nous le savons, fréquemment vésicales et néoplasiques. Il s'agit souvent de papillomes de la vessie, petites tumeurs susceptibles de produire de grandes hémorrhagies. Les pertes sanguines qu'entraînent ces papillomes sont en rapport, non avec la grosseur de la lésion, mais avec sa nature. Je me souviens d'un malade, atteint d'un infime papillome, dont le volume n'atteignait pas la taille d'une lentille, qui mourut d'hématurie. C'était à une époque où les opérations n'étaient pas réglementées comme aujourd'hui. C'est, d'ailleurs, le seul cas de mort par hématurie que j'ai observé. Ici, ce n'est pas la vessie, mais la tumeur qui saigne, en raison de ses vaisseaux fragiles, qu'un rien déchire et qui n'ont aucune paroi sérieuse pour arrêter l'écoulement sanguin. On s'étonnerait plutôt de voir, dans d'autres circonstances, ces papillomes laisser des intervalles de 5 et 10 ans entre les hémorrhagies.

Les néoplasmes infiltrés de la vessie créent également, quoique plus rarement, des hématuries abondantes. Il en est de même de certaines grosses prostates qui peuvent faire des poussées de congestion et saigner pendant des semaines et des mois.

En outre, les grandes hématuries peuvent avoir, aussi, une origine rénale : elles relèvent alors de néoplasmes du rein, de néphrites hémorrhagiques.

En somme, l'abondance des pertes de sang n'est pas un caractère capable de distinguer l'hématurie vésicale de l'hématurie rénale. L'hématurie intense est, certes, plus fréquemment vésicale, mais elle est quelquefois rénale.

L'intermittence de l'hématurie est-elle un signe distinctif de plus grande valeur ? On a dit que l'hématurie rénale était plus volontiers intermittente : ainsi, dans la journée, le malade aura des urines sanglantes à 2 heures, je suppose, claires à 4 heures, sanglantes à 6 heures, etc. Il y a bien là quelque chose de vrai. Les hémorragies de la vessie tiennent à la congestion de cet organe : elles se produisent, par conséquent, à certains moments, et durent un certain nombre de jours, avec une période ascendante, une période de plateau et une période descendante. Pour le rein, au contraire, l'influence congestive est beaucoup moins accentuée. Toutefois, ce caractère — l'intermittence, — n'est pas un indice de valeur bien absolue, et il ne suffit pas pour dire : telle hématurie est vésicale, telle autre rénale.

La forme des caillots peut quelquefois éclairer le clinicien. Quand vous voyez des caillots longs et minces, vous êtes en droit de penser qu'ils viennent de l'uretère et de conclure à une hémorrhagie rénale. Encore convient-il de prendre garde : il y a parfois, dans la vessie, des caillots allongés qui ressemblent aux caillots de l'uretère. C'est seulement quand le caillot est fin, long de 15 ou 20 cm., qu'il moule l'uretère pour ainsi dire, que l'on doit y attacher une grande importance diagnostique.

J'arrive, ensuite, aux signes fournis par l'examen du rein et de la vessie.

Si le rein est augmenté de volume, il y a des chances pour qu'il soit le point de départ de l'hématurie. Cette objectivité rénale, il est vrai, se constate rarement dans les cas dont je m'occupe : la néphrite hémorrhagique, en effet, ne s'accompagne pas d'accroissement de dimensions du rein et les néoplasmes rénaux, susceptibles de créer des hématuries, ne sont généralement appréciables au palper qu'à leur période ultime.

Les symptômes vésicaux, la fréquence, la douleur des mictions, les sensations uréthrales, sont en faveur de l'origine vésicale de l'hématurie. Je sais qu'il existe des réflexes du rein sur la vessie qui donnent à certaines lésions rénales une apparence vésicale. Mais ces affections à réflexes (pyélo-néphrite, tuberculose) sont très peu hématurigènes. La constatation des signes vésicaux offre donc de l'intérêt ; leur absence, par contre, ne prouve rien.

On recherchera la terminalité de l'hématurie. C'est un indice d'hémorrhagie vésicale qui ne trompe guère. Tâchez de la provoquer et de la constater par vous-mêmes. Faites uriner le malade dans 4 ou 5 verres au besoin, et voyez si la coloration sanguine de l'urine s'accentue dans le 2e, le 3e, le 4e, le 5e verre. Mettez une sonde, lavez la vessie à l'eau boriquée et rendez-vous compte si, à la 2e épreuve, l'urine sort plus rouge. En est-il ainsi, vous pouvez conclure, presque à coup sûr, que c'est la vessie qui saigne. On connaît des exemples d'hématurie terminale provenant du rein, mais c'est l'exception confirmant la règle.

Quant aux moyens d'exploration, comme la cystoscopie, ils sont d'un emploi très difficile, la vessie étant, alors, toujours recouverte de sang. Dans l'hématurie intermittente, vous pouvez choisir une période d'arrêt pour pratiquer la cystoscopie. Ici, vous êtes obligé d'introduire l'instrument dans une vessie en pleine hématurie. Même avec le cystoscope-laveur, la vue est très gênée par la couche sanglante et vous prenez facilement un caillot pour une tumeur. J'ai opéré, il y a deux ans, un malade chez lequel j'avais cru voir au cystoscope un papillome vésical. Les pertes sanguines ayant, de plus, tous les caractères de l'hé-

maturie vésicale, je fis une taille pubienne. La vessie ouverte, je ne trouvai pas trace de néoplasme. Le résultat de cette taille, faite à tort, fut cependant heureux : à la suite de l'opération, l'hémorrhagie cessa complètement et ne s'était pas encore reproduite six mois après, lors de la dernière visite du malade.

De ces considérations, nous sommes amenés à conclure que la clinique ne nous fournit pas, dans bien des cas, les moyens précis et certains de faire le diagnostic de l'origine d'une hématurie de ce genre. Le diagnostic reste alors en suspens et, néanmoins, il faut assurer le traitement ; si vous n'agissez pas, le patient est menacé de succomber à l'hémorrhagie, à l'anémie.

Que doit-on faire en face d'une grande hématurie ? Il convient de distinguer deux cas, selon que l'on a pu ou non reconnaître la cause de cet accident pathologique.

Si le diagnostic n'a pas été établi d'une manière précise, on fera une thérapeutique symptomatique. Il existe, indépendamment du traitement de la cause, un traitement de l'hématurie elle-même. Vous aurez recours, d'abord, aux injections de sérum dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le sérum agit à la fois contre l'anémie et contre la tendance hémorrhagique. Cette dernière étant accrue par l'anémie, la première action explique tout naturellement la seconde. On injectera au moins 1000 à 1200 grammes de sérum, chaque jour, tant que le besoin s'en fera sentir. Vous pourrez pratiquer également une injection intra-vésicale d'adrénaline : mélangez à de l'eau boriquée 10 gouttes d'une solution d'adrénaline à 1/1000, injectez dans la vessie ce liquide que vous évacuerez après quelque temps. Vous joindrez utilement à ces méthodes l'usage de la sonde à demeure, traitement excellent de l'hématurie vésicale abondante. Quel que soit son mode d'action (décongestion vésicale ?), le fait est là : on arrive, avec la sonde à demeure, à faire disparaître des hématuries notables. Je me souviens avoir amené, du jour au lendemain, grâce à elle, la cessation d'une hématurie intense. Ce moyen peut toujours être employé, à moins que l'on ait la certitude que l'hémorrhagie n'est pas vésicale. S'il y a des caillots — ils entretiennent la congestion — on les évacuera par aspiration.

L'emploi de ces divers agents anti-hématuriques vous permettra de gagner du temps et d'examiner votre malade de plus près, de voir plus clair dans son cas. L'hématurie persiste-t-elle et sa cause demeure-t-elle encore obscure, faites au bout de quelques jours, la taille vésicale. Vous vous assurez, de cette manière, si la vessie est réellement en cause, ou si le sang vient d'un uretère, d'où une indication opératoire ultérieure sur le rein droit ou gauche.

Lorsque vous aurez un diagnostic, votre thérapeutique ne sera plus hésitante : vous irez droit à la lésion.

Chez notre malade, je vais, aujourd'hui, ouvrir la vessie. Si, contre mon attente, je n'y trouvais rien, j'interviendrais sur le rein, un autre jour. L'état d'anémie du patient rend l'opération plus sérieuse. Je devrai, au cours de l'opération, faire une hémostase minutieuse et il sera nécessaire, dans la suite, de continuer l'usage des injections de sérum.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

ÉTUDES ET PROJETS

Le service médical des Sociétés de Secours mutuels.

Une opinion du Midi.

Les rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels sont une des plus pénibles préoccupations du corps médical à notre époque. Les mutualités, jadis œuvres philanthropiques réservées à un petit nombre, avaient facilement obtenu des conditions avantageuses des médecins, qui consentaient volontiers à faire œuvre charitable à leur égard. Aujourd'hui, développées de façon prodigieuse — et nous nous en félicitons — elles imposent aux médecins les mêmes charges, et, sans les bien payer même de reconnaissance, elles prétendent faire donner à leurs membres des soins rémunérés à un tarif dérisoire, souvent très inférieur au tarif ouvrier, alors qu'il ne s'agit nullement d'indigents.

Un état d'hostilité des plus fâcheux s'est, par suite, constitué, et je ne sais s'il est plus regrettable de voir les mutualités s'élever avaricieusement contre la demande pourtant légitime de justes honoraires, ou les médecins qu'on traite en serviteurs grincheux médire à tort de l'essor si intéressant de la mutualité en France.

Dans les conflits qui se sont élevés, les escarmouches qu'on a livrées, si elles ont fait des vainqueurs, ont laissé aux vaincus l'amertume de leur défaite et le désir d'une revanche, état instable qui exaspère des gens qui ne devraient être que les collaborateurs d'une même œuvre ; il me souvient d'avoir entendu dans des Congrès mutualistes des paroles véritablement haineuses contre les médecins, et dans nos assemblées médicales d'avoir vu naître des projets aussi étranges qu'impratiques pour écraser la mutualité ennemie.

La vérité nous force à reconnaître que trop souvent, lorsqu'il y a lutte entre le corps médical et la mutualité, celle-ci est la plus forte. Non pas que nous soyons dépourvus d'armes contre elle : partout, en effet, où une organisation syndicale solide a pu la contraindre à traiter, des conditions favorables ou du moins acceptables ont été acquises. Mais pour cela il faut traiter, car il ne sert de rien d'établir des conditions par la volonté d'un seul ; nous avons eu, non loin de nous, l'exemple d'un Syndicat nombreux, impuissant à imposer sa volonté par la seule force et aujourd'hui fort malade de son échec. Souhaitons qu'il en soit autrement du Syndicat des médecins de Troyes qui nous donne le bel exemple. Mais avouons que, même si nos confrères réussissent dans leur campagne, leur succès peut être à la merci d'un nouvel arrivant trompé par les promesses des Sociétés de secours mutuels troyennes ; ce qui ne pourrait être s'il y avait un contrat à durée fixe passé entre le Syndicat et la fédération des Sociétés de secours mutuels.

Voici donc un premier point : un « contrat de travail » est préférable à toute absence d'entente. Mais n'y a-t-il pas encore mieux à chercher ? Le contrat, s'il se forme, règlera bien certaines difficultés, spécialement la question des honoraires, mais les desiderata du corps médical seront-ils tous remplis ? On peut être assuré que non, et que, sitôt conclu, le contrat subira des critiques qui tendront à le remanier. Il y aura alors une nouvelle source de conflits, avec cette différence, il est vrai, qu'un arbitrage possible aura succédé à la guerre éventuelle.

On a donc cherché d'autres solutions.

Entre toutes les formules proposées, une se distingue répondant à trop de besoins du médecin et du mutualiste pour ne pas être favorablement accueillie : c'est le libre choix du médecin par le mutualiste. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer en détail les bonnes raisons à faire valoir à l'appui de cette mesure, les principales Associations médicales s'en

PATRONAGE MÉDICAL

BUT DE LA SOCIÉTÉ

Le **Patronage Médical** est une société civile en commandite.

La Société ne fait aucun acte commercial ; elle acquiert des actions, des titres divers de sociétés d'eaux minérales, d'établissements médicaux, etc. Les adhérents ne sont engagés que jusqu'à concurrence de la somme souscrite par eux.

Ils sont donc co-propriétaires de valeurs indivises au même titre que les nombreux et riches confrères, qui sont porteurs d'actions ou titres divers de sociétés comme Vichy, Châtel-Guyon, etc. Et de même qu'eux, ils recommandent ces eaux et établissements à leurs clients et amis, parce que la Société ne s'y est intéressée qu'après avoir constaté la preuve de leur valeur thérapeutique.

Les parts du Patronage Médical sont cédées au prix de 50 francs et donnent droit à :

1° La perception d'un dividende annuel, pour chaque part, dividende fixé par l'Assemblée Générale

2° La jouissance d'une pension viagère proportionnelle aux ressources de la caisse, pension fixée également chaque année par l'Assemblée Générale lorsque le titulaire aura réuni ces TROIS CONDITIONS : cinquante ans d'âge, dix années de participation au « Patronage » et abonnement permanent au journal *Le Concours médical* qui est l'organe de la Société ; (la retraite sera égale pour tous quelque soit le nombre de parts souscrites).

3° Enfin, pour la veuve ou les enfants mineurs, si le titulaire vient à mourir : *dès maintenant et après une année de participation*, une allocation de 300 francs, prélevée sur un fonds spécial dû à la générosité des premiers bienfaiteurs ; *plus tard et après 10 ans de participation* — dès que la chose sera possible —, une pension annuelle dont le montant sera déterminé par l'Assemblée Générale.

Pour les deux premiers exercices, les parts ont reçu un dividende de 7 %.

AVIS

Les certificats de propriété sont envoyés deux mois environ après le paiement de la souscription. Ces titres ne comportent pas de coupons, les dividendes afférents à chaque exercice sont envoyés par mandats-cartes payés au domicile de chaque sociétaire.

Les adhésions reçues après le 1er octobre ne participent pas au dividende de l'année.

Société civile « LE PATRONAGE MÉDICAL »

23, rue de Dunkerque, Paris (10e).

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom et prénoms) ______________________

Médecin à ______________________ *Département de* ______________

né le ______________ *à* ______________ *Département* ______________

déclare adhérer au « **Patronage Médical** » *et prie M. le Dr* MAURAT, *gérant de la Société, de me transférer* ______________ *parts au prix de cinquante francs l'une.*

(*a*) 1° *Je joins à cette adhésion la somme de* ______________ } **représentant le montant de ma participation**

2° *Je l'autorise à faire toucher la somme de* ______________

______________ *le* ______________

(SIGNATURE)

(*a*) Prière de rayer le mode de paiement qui ne convient pas.

Envoyer ce bulletin au siège de la Société, 23, rue de Dunkerque, Paris.

étant chargées, et à plusieurs reprises, dans ses séances, le Syndicat de la Haute-Garonne l'ayant préconisée. Il se fait actuellement en sa faveur un mouvement d'opinion qui finira bien par aboutir au résultat souhaité, mais n'aboutira pas sans peine, quand ce ne serait que par l'effet de la routine coutumière même aux Sociétés de secours mutuels.

Aussi nous paraît-il avantageux à tous égards de nous rallier à une conception qui a le double mérite d'impliquer le choixle plus libre des médecins par les mutualistes et d'avoir été surtout préconisée par les mutualistes eux-mêmes : c'est le système de l'*indemnité quotidienne*.

Sous ce titre on entend la combinaison suivante : « La Société verse à son sociétaire malade la somme fixée aux Statuts et celui ci se charge de solder son médecin et son pharmacien. L'administration est aussi simplifiée que possible, l'indemnité est apportée au malade par le visiteur. Il suffit de trouver *un* médecin que la Société paiera raisonnablement pour une visite de contrôle lors de la déclaration de maladie (1). »

Les auteurs qui préconisent ce système sont des mutualistes qui ont étudié le fonctionnement et l'avenir des Sociétés de secours mutuels et ont de l'objet de leurs études une connaissance approfondie et scientifiquement établie. Avec M. Dédé, à qui nous venons d'emprunter cette définition et qui est un des dirigeants de l'*Union centrale mutualiste*, un autre auteur, M. Lépine (2), inspecteur primaire et directeur de l'*Educateur mutualiste*, est arrivé aux mêmes conclusions.

Le système de l'indemnité quotidienne a de nombreux avantages pour les Sociétés de secours mutuels : il simplifie énormément leur administration ; plus de pharmacien et un simple médecin vérificateur de l'état de maladie, donc beaucoup moins de comptabilité et de correspondance. Il contente le mutualiste qui choisit un médecin en qui il a confiance, élément précieux de guérison, et qui, devenant son client direct, estime qu'il en sera mieux soigné. Il contente enfin le médecin qui est mieux honoré — à tous égards — que s'il vient comme médecin de la Société, et qui n'est plus dérangé inutilement. Mieux rétribué à nombre égal des visites, moins dérangé à chiffre égal d'honoraires.

Il reste cependant une grave objection à résoudre : Tout cela est fort bien, nous dira-t-on, même après avoir lu les ouvrages des deux auteurs que nous signalons, mais ce sont là des idées de théoricien ; une Société construite sur de telles bases irait à sa ruine.

Nous possédons à cette objection une réponse pratique irréfutable, et nous la devons à l'obligeance de M. le professeur Maurel, qui a bien voulu nous fournir les précieux documents suivants :

La Société dont il est le président, *Association des Coloniaux de la Haute-Garonne*, n'a ni médecins ni pharmaciens. Seul, un médecin vérificateur est chargé de reconnaître valides les adhérents (art. 9 des statuts) et de contrôler les journées de maladie ; il adresse au président un certificat relatant la nature de la maladie et sa durée probable (art. 26).

« *Les membres participants malades ont droit à une indemnité de trois francs par jour* pendant trois mois ; mais cette indemnité pourra être modifiée chaque année par l'Assemblée générale, en se basant sur les revenus de la Société.

« Néanmoins, cette indemnité ne pourra, dans aucun cas, être supérieure à 5 francs par jour. » (Art. 51.)

L'Association des Coloniaux de la Haute-Garonne réalise donc le type modèle de la Société de Secours mutuels qui ne peut avoir de conflits avec les médecins et qui ne lèse par conséquent aucun de leurs intérêts. Cet état de choses lui a été très profitable. *Sa situation financière est excellente.*

Elle est, dit son Trésorier, de celles qu'on peut mettre à jour pour prouver sa marche régulière et sûre.

« La caisse de réserve, évaluée à 50 francs par membre participant, est sur le point d'atteindre le quantum réglementaire, et la caisse des retraites (les secours ordinaires assurés) profitera des excédents de recettes. L'organisation est bonne, l'élément ancien domine et le recrutement s'accentue. Tout est donc pour le mieux. *C'est presque une Association modèle* dont il est permis d'envisager l'avenir prospère à bref délai. »

Nous sommes heureux d'avoir à mettre sous les yeux de nos confrères, dans les documents qui suivent, grâce à l'aimable obligeance de son dévoué Trésorier, les résultats financiers de cette prospère association, et nous ne saurions assez l'en remercier.

Espérons que chacun aura à cœur d'agir auprès des Sociétés auprès desquelles il a de l'influence, afin de leur faire modifier leur organisation dans le sens de l'*indemnité quotidienne*. Avec l'indemnité quotidienne, plus d'abus possible : on obtient du même coup : prospérité de la Société, liberté du malade, justice rendue au médecin.

Victor Parant.

DOCUMENTS

Situation financière d'une Société de Secours mutuels à indemnité quotidienne.

(*Association des Coloniaux de la Haute-Garonne.*)

Année 1901. — Apport de l'Amicale : 1.786 fr. 32.

Année 1902. — Secours mutuels, année d'organisation.

Dans les dépenses figure un versement de 150 francs à la caisse des retraites. De plus, 547 fr. 37 sont versés aux fonds libres.

Fonds libres, 2,000 francs ; fonds retraites, 150 francs ; trésorier, 547 fr. 37. Total : 2,697 fr. 37.

Année 1903. — Première année de secours : Recettes, 1,520 fr. 50 ; dépenses, 1,422 fr. 15 ; différence, 98 fr. 35

Dans les dépenses figure un versement de 150 francs à la caisse des retraites.

Fonds libres, 2,547 fr. 37 ; fonds retraites, 300 fr. trésorier, néant. Il est dû au trésorier 51 fr. 65 portés en dépense 1904. Total : 2,847 fr. 37.

Année 1904. — Deuxième année de secours : Recettes, 1,148 fr. 50 ; dépenses, 766 fr. 47 ; différence, 382 fr. 03.

Dans les dépenses figure un versement de 150 francs à la caisse des retraites.

Fonds libres et intérêts connus, 2,785 fr. 50 ; Retraites, allocations et intérêts connus, 795 fr.43 ; trésorier, 382 fr. 03. Total : 3,962 fr. 96.

Année 1905. — Troisième année de secours : Recettes, 1,201 fr. 75 ; dépenses, 1,113 fr. 65 ; différence, 88 fr. 10.

Dans les dépenses figure un versement de 300 francs à la caisse des retraites.

Fonds libres et intérêts connus, 2,910 fr. 82 ; retraites, allocations et intérêts connus, 1,252 fr. 78 ; espèces trésorier, 470 fr. 15. Total : 4, 633 fr. 71 (31 décembre 1905).

Progression ascendante.

A cet avoir s'ajouteront les cotisations des retardataires (150 francs environ), plus, l'allocation mensuelle et les intérêts affectés en 1905 au compte retraites (non connus).

---

(1) Dédé. — *Les Sociétés de Secours mutuels, leur rôle économique et social*, 1 vol.

(2) Lépine. — *La Mutualité, ses bases, ses principes*, 1 vol.

CORRESPONDANCE

Hygiène publique officielle.
Douces illusions.

J'ai été appelé à donner il y a quelques mois mes soins à un malheureux employé de la régie, mort depuis de tuberculose pulmonaire ; je lui ai en même temps fourni des certificats *ayant un caractère officiel*, et relatant la nature de son affection.

Comme ce malade avait continué à exercer ses fonctions à une époque où certainement il était atteint de lésions ouvertes ; comme d'autre part, étant affecté à un service dans une sucrerie, il se trouvait appelé à séjourner dans un bureau qu'il partageait avec plusieurs de ses camarades, j'ai cru de mon devoir de tenter après son décès la démarche suivante.

J'ai avisé le directeur des contributions indirectes dont il ressortissait de la haute importance qu'il y aurait à assurer la désinfection du local occupé et à en demander la remise à neuf, dans le but d'éviter toute cause de contagion pour ses subordonnés.

Comme sœur Anne, je n'ai rien vu venir, rien n'a été fait, que je sache.

Les pouvoirs publics veillent, mais l'Administration sommeille.

Et nous restons de bons naïfs.

Dr H. C.

Le Congrès des Praticiens.

Lédignan, le 13 septembre 1906

Mon cher Confrère,

Je lis, dans le *Concours Médical* du 9 septembre dernier, que vous vous rallierez, peut-être, au projet de Congrès proposé par le Dr A. Coppens, en vue de s'opposer, *per fas et nefas*, à la création d'un certifica d'études médicales supérieures. Toutes mes félicitations, ce sera un service de plus que vous aurez rendu au corps médical.

Si, dans l'armée défensive que vous allez lever, vous admettez les vétérans, je me présenterai l'arme au bras. Ne m'en félicitez pas, j'ai contre ce certificat des griefs personnels, sans parler des autres : J'ai préparé le doctorat tout en faisant de la clientèle comme officier de santé, et soutenu ma thèse le 31 décembre 1870.

C'était bien la peine de tant travailler, me voilà redevenu officier de santé après 36 ans de doctorat. Car, il n'y a pas à se faire illusion, c'est bien un sous-docteur que je serai, que vous serez, que nous serons tous. M. Briand ne nous l'envoie pas dire, écoutez-le : « Mais ce certificat n'a pas pour unique « sanction le droit de s'inscrire en vue de l'agréga- « tion. Il sera recherché, pensons-nous, par ceux « qui,ne se sentant pas de propension ou d'aptitude à « l'enseignement, mais ayant fait un effort sérieux « pour s'instruire, estimeront qu'il n'est pas mal « d'en fournir la preuve. » Ce qui veut dire, en bon français, que tous ceux qui ne l'auront pas, ce certificat, « n'auront pas fait un effort sérieux pour s'instruire », et seront restés, par conséquent, des ignorants. Merci, monsieur le Ministre !

Ah ! je le crois bien que nous aurons un Congrès de défense, et qu'à ce Congrès nous enverrons des praticiens qui ne seront pas décidés à devenir ou redevenir officiers de santé. Nous les nommerons au scrutin départemental afin que tous les médecins soient représentés. Et, pour que tout praticien puisse prétendre à l'honneur de représenter ses confrères sans grever son budget,nous leur allouerons une indemnité.

C'est en vue d'un congrès pour trouver une solution à la crise médicale que je proposai, l'an dernier, dans le *Bulletin médical*, n° du 29 juillet 1905, un genre d'élection qui pourrait nous servir ici : chaque électeur déposerait, en même temps que son bulletin, un mandat-poste de 3 fr., et comme il y aurait un délégué par cent électeurs, l'élu recevrait une indemnité de trois cents fr. Cette indemnité pourrait être de 100 fr. seulement, pour les élus de Paris et des départements limitrophes.

Il se créerait, ainsi, un excédent qui servirait à payer les frais de tenue et d'organisation du Congrès. Mais c'est bien trop tôt pour parler d'organisation, parlons d'abord de création, et là-dessus soyons fermes et expéditifs.

Croyez, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments de bonne confraternité.

Dr Dumas (de Lédignan).

VARIÉTÉ

Location de l'ancienne faculté de médecine à l'Association générale des étudiants.

L'Association des Etudiants s'est présentée pour louer le local de l'ancienne Faculté de Médecine de la rue de la Bûcherie. La question a été examinée à la dernière séance au Conseil municipal de Paris. Le rapporteur, M. Grébauval, a fait de l'ancienne Faculté de Médecine un historique remarquable par sa concision et sa clarté. Les anciens étudiants, qui ont blanchi maintenant sous le harnais professionnel, et dont les fils seront demain des étudiants, liront avec intérêt la discussion parfois assez vive, qui a eu lieu à ce sujet au sein de l'assemblée municipale parisienne.

(*Séance du 13 juillet.*)

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport présenté par M. Armand Grébauval, au nom de la 2e Commission, sur la location de l'ancienne Faculté de médecine, rue de la Bûcherie, à l'Association générale des étudiants.

Ce rapport a été imprimé et distribué (n° 66 de 1906).

M. Armand Grébauval, rapporteur. — Messieurs, par un mémoire du 7 avril 1906, M. le Préfet de la Seine nous saisit d'une demande de l'Association des étudiants en vue de louer à long bail, restaurer et reconstruire partiellement l'ancienne Faculté de médecine.

C'est une affaire qui se présente sous un triple aspect : domanial, artistique et universitaire.

Avant de vous la soumettre, nous croyons devoir, comme nous le fîmes en diverses circonstances, vous rappeler les origines de cette opération, le but poursuivi, la longue période d'inutilisation qui en résulta, enfin le dossier complet d'un de ces gestes généreux où le Conseil municipal montre son goût du passé et, malheureusement aussi, son impuissance à encadrer de telles acquisitions dans nos nécessités actuelles.

Les renseignements que nous transmet l'Administration sont donc d'un intérêt véritable.

Nous l'en remercions, et nous nous faisons un plaisir d'écrire quelques lignes sur une œuvre séculaire, que la jeunesse de nos écoles espère moderniser, sans la défigurer pourtant.

L'installation de l'ancienne Faculté de médecine, rue de la Bûcherie, remonte au milieu du XVe siècle.

Jusqu'à cette époque, la Faculté ne possédait aucun local spécialement affecté à ses réunions. En effet, d'apres la « Topographie historique du Vieux Paris » (région centrale de l'Université, page 37), « on raconte que les médecins se réunissaient dans

l'église Sainte-Geneviève-des-Ardents et quelquefois à Notre-Dame, autour des grands bénitiers de pierre placés sous les tours ». Pendant le règne de Charles VI, on fit quelques tentatives sans succès pour changer cet état de choses. Enfin, quelques années après, l'un de ses docteurs, M. Despars, lui ayant fait don de 300 écus d'or, la Faculté jugea l'occasion favorable.

Par deux délibérations successives, elle décida qu'elle achèterait aux Chartreux, pour la tenue de ses assemblées et pour ses exercices, une maison « en la rue de la Bûcherie ».

Cette acquisition eut lieu en 1469 ou 1472. L'immeuble ainsi acquis avait appartenu autrefois, d'après les registres-commentaires de la Faculté de médecine, à Guillaume de Canteleu, qui l'avait légué aux Chartreux par testament du 4 août 1365. Après l'acquisition, divers travaux d'agrandissement et d'appropriation durent y être effectués.

Cette maison devint ainsi le lieu d'assemblée. La Faculté s'y réunit, pour la première fois, en 1483, toutefois sans y installer ses cours. A raison de l'insuffisance des locaux, les salles d'école furent inaugurées seulement en 1502.

Cette première maison, démolie en 1529, dut être reconstruite dans des proportions plus importantes. L'installation se compléta encore, dans la suite, par de nouvelles acquisitions. En 1568, fut achetée la « Maison du Soufflet » et, cinq ans plus tard, celle des « Trois roys de Coulongue ». (*Op. cit.*, page 38.)

De nouveaux agrandissements furent réalisés, en 1608 et 1678, avec des fonds provenant d'une donation faite par Michel Le Masle, chanoine de Notre-Dame.

C'est à cette époque que les cours se faisaient dans un petit amphithéâtre en bois qui fut remplacé, en 1744, par la rotonde qui subsiste aujourd'hui, à l'angle des rues de la Bûcherie et de l'Hôtel-Colbert.

Le nouvel amphithéâtre fut inauguré le 18 février 1745 par l'anatomiste suédois Jacques Winslow dont, depuis lors, il garda le nom.

En 1776, la Faculté de médecine abandonna les bâtiments de la rue de la Bûcherie pour se transporter, d'abord rue Jean-de-Beauvais, puis, peu après, aux écoles de chirurgie déja établies sur l'emplacement actuel de l'Ecole de médecine.

C'est alors que l'ancienne Faculté tomba dans le domaine hospitalier.

En 1816, l'immeuble fut mis en adjudication, en exécution des ordonnances du roi des 29 août et 16 octobre 1816 autorisant la vente des biens de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital général.

Depuis cet avatar, le sort de l'immeuble ne présente plus d'autre intérêt que celui qui s'attache à l'établissement de son origine de propriété.

Le sieur Berger, l'acquéreur de 1816, le revendit, le 3 juin 1833, aux époux Véry, qui le cédèrent à leur tour, le 31 août 1836, à un sieur Martinet. Le 8 août 1849, l'immeuble était acquis par M. Boutry, ancien notaire, dans la famille duquel cette propriété devait rester jusqu'en 1896, époque à laquelle la ville de Paris en fit l'acquisition.

Nous renvoyons nos collègues, pour plus de détails, à la brochure du docteur Julien Noir, publiée dans le *Progrès médical* du 12 décembre 1903.

C'est à l'initiative de M. le docteur Le Baron, président de l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine, qu'est dû le mouvement en faveur de la conservation des anciens bâtiments de la rue de la Bûcherie, lequel devait aboutir à l'acquisition de l'immeuble par la ville de Paris.

Au début de l'année 1893, il adressait au Conseil municipal une pétition exposant l'intérêt qu'il y aurait à empêcher la destruction de l'ancienne Faculté de médecine, il y faisait valoir que, des nombreuses écoles qui florissaient autrefois au pied de la montagne Sainte-Geneviève, c'est la seule qui subsiste encore. En outre de son intérêt historique, elle présente, tout au moins avec la grande salle du XVe siècle et l'amphithéâtre de Winslow, des parties architecturales d'une grande valeur.

A cette pétition se joignirent celles de nombreuses sociétés savantes : l'Académie des beaux-arts, — l'Académie des inscriptions et belles-lettres, — la Faculté de médecine, — la Société de l'histoire de Paris et l'Ile-de-France, — la Société française d'archéologie, — l'Union des Syndicats médicaux de France, — la Société des amis des monuments parisiens, — le Comité des inscriptions parisiennes, — l'Association des secrétaires généraux des Sociétés savantes, — les Parisiens de Paris, etc., etc.

En même temps, par deux lettres adressées à M. le Préfet de la Seine par M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, les 18 et 28 juillet 1893, le gouvernement montrait qu'il s'intéressait également à la question.

C'est alors que, dans sa séance du 30 décembre 1893, le Conseil municipal, sur le rapport verbal de M. Pierre Baudin (1893, 2549), admit en principe l'achat des constructions de la rue de la Bûcherie où siégeait autrefois la Faculté de médecine.

En conséquence, le 9 juillet 1894, un mémoire proposa d'affecter le produit de la vente d'un terrain situé rue Cimarosa, à l'acquisition de la propriété des rues de l'Hôtel-Colbert et de la Bûcherie.

Une délibération du 11 juillet suivant (1894, 1512) autorisa la vente dudit terrain, réservant l'emploi de la recette jusqu'au moment où il aurait été statué définitivement sur l'acquisition de l'immeuble de la rue de la Bûcherie.

Cette acquisition fut autorisée sur le rapport de M. Sauton (Rapport n° 120 de 1894), par délibération du 24 avril 1896 (1866, C. 486), moyennant un prix principal de 300.000 francs.

Les sommes provenant de la vente du terrain de la rue Cimarosa et s'élevant en principal à 527.649 fr. 50 c. constatés au compte de 1894 (chap. 34, § 30, art. 10), furent affectées, jusqu'à concurrence de 350.000 francs, au paiement, en principal, intérêts et frais, du prix d'acquisition. A cet effet, était autorisé l'emploi du crédit ouvert au budget de l'exercice 1896 (chap. 54, § 37, art. 11) pour 350.000 fr. Enfin, la cession fut contractée, par acte passé devant Me Delorme, notaire à Paris, le 12 août 1896.

Cette entreprise englobait alors, outre l'ancienne Faculté de médecine, l'acquisition accessoire d'un immeuble de faibles dimensions, situé rue de la Bûcherie, 13, à l'angle de la rue de l'Hôtel-Colbert, qui faisait, lui aussi, partie des anciens bâtiments de l'Ecole, et figurait aux anciens plans sous la rubrique « Maison des bedeaux ».

Ce bâtiment est adossé contre le mur circulaire de l'amphithéâtre de Winslow, dont il paraît avoir été une dépendance, puisque ce dernier ouvre, sur la rue de la Bûcherie, une grande baie de croisée, prise dans le mur de face de l'ancienne « Maison des bedeaux » et le haut des gradins porte sur le plancher haut du premier étage de la maison.

L'Administration n'ayant pu s'entendre à l'amiable avec le propriétaire, M. Tétin, il dut être procédé à l'expropriation pour cause d'utilité publique.

Cette expropriation fut prononcée par jugement du tribunal civil de la Seine du 8 juin 1898. Par décision en date du 24 octobre 1898, le jury fixa l'indemnité due à M. Tétin à la somme de 30.000 francs, qui fut payée à M. Tétin par imputation sur le crédit inscrit au chap. 50, § 37, art. 7 du budget municipal de l'exercice 1899, jusqu'à concurrence de 21.845 fr. 99 c., le surplus étant imputé sur le chap. 53, art. 20 dudit budget.

Telle est la genèse de cette opération. Lui donnerons-nous, comme suite, le récit des projets plus ou moins heureux, auxquels on tenta de la destiner, jusqu'à celui qui la consacra en principe à une Maison de la mutualité sur une proposition (Proposition imp. n° 11 de 1904) très intéressante, très documentée de M. Bussat ?

Elle avait prévu jusqu'aux plans de restauration. Nous avons voté, le 23 mars 1904 :

(1° L'affectation de l'immeuble à ladite maison 1904, C. 358);

2° Son classement parmi les monuments historiques (1904, C. 359).

3° Une enquête auprès des sociétés de secours mutuels (1904, C. 351).

Rien de tout cela n'aboutit. Les mutualistes ont même demandé de préférence un autre emplacement sur les terrains du Temple (Rapport n° 140 de 1905), et notre collègue M. Ranson a déposé une proposition en ce sens (1905, C. 1904), laquelle fut renvoyée par nous à l'Administration (délibération du 29 décembre 1905). Bref ! la question restant entière, l'Association générale des étudiants s'est présentée.

Vous trouverez au rapport le mémoire de M. le Préfet de la Seine au Conseil municipal.

Bail de 99 ans, conservation des parties intéressantes, reconstruction partielle, approbation des plans et surveillance des travaux, telles sont les conditions sur lesquelles votre 2° Commission avait donc à se prononcer, comme communes aux deux demandeurs, et elle a voulu ne se prononcer qu'après avoir elle-même vu les lieux, en leur délabrement, en leur trop éloquent abandon.

Une visite a eu lieu, le 26 juin 1906. Etaient présents, outre vos collègues, M. le conservateur du musée Carnavalet, M. André Lefèvre, rapporteur général du budget et représentant du quartier, MM. les délégués des services d'Architecture et des Affaires municipales, M. le Président de l'Association générale des étudiants, etc., etc.

Inutile de rappeler par quelles mutilations lamentables a passé l'ancienne Faculté de médecine. Un lavoir, une maison borgne, des industries désastreuses s'y sont succédé. On y accrocha les pires constructions parasitaires. Bref, depuis 1896, les dégradations succèdent aux défigurations, et rien n'est plus lamentable à voir.

Néanmoins, comme par miracle, l'œuvre survécut, déplorablement couturée et massacrée, reconnaissable encore.

Quand vous y pénétrez par la porte d'une palissade, vous trouvez : à droite, une bâtisse malpropre, accolée à une tourelle octogonale ; en face, les trois portes, deux à ogives, une à fronton, de la grand'salle ; à gauche, le cylindre et le dôme de l'amphithéâtre de Winslow.

Ce dernier fut coupé en une série d'étages, accolé à des choses innommables, et son harmonieuse élégance ne reparaît qu'à travers les brèches faites aux plafonds.

De même la grand'salle, aux sept baies typiques, aux colonnes vigoureuses, perd toute sa valeur, ayant été coupée en deux, étêtée par la création d'un étage supérieur, surchargée d'une laide et lourde construction.

Ne pourrait-on conserver ces deux spécimens impressionnants, qui ont franchi trois siècles, malgré les pires avatars, en dépit des placages et des bouleversement subis?

Votre 2° Commission n'a pas eu d'autre pensée, car il s'agit de sauvegarder ce pour quoi nous avons déboursé le crédit de rachat.

Or, il résulte des observations faites sur la place que l'architecte de la future édification peut parfaitement :

1° Dégager le cylindre de l'amphithéâtre de Winslow ;

2° Conserver, comme salle de fêtes, le rez-de-chaussée aux fenêtres ogivales, celles-ci étant restituées, et au possible de remonter cette salle au niveau primitif, dont les poutres maîtresses se retrouvent à travers les galetas superposés ;

3° Dégager et conserver, s'il est utile, la tourelle de droite où l'escalier reste enfermé, sans valeur propre.

Cette solution permettrait à l'Association de se créer, — avec les ressources dont la dotent de généreuses initiatives, et que des promesses permettent d'escompter plus larges encore, — de créer un « Palais des étudiants » vraiment digne de Paris, au cœur du vieux Quartier-Latin, dans le cadre même où tant de maîtres anciens firent leur glorieuse carrière, pour les générations d'autrefos.

L'Association générale en a compris l'attrait. Elle consent à nous soumettre ses plans, qui seront approuvés par l'Administration et par nous-mêmes.

Avec de la verdure, sur les rues et dans les courettes, la salle des fêtes serait notamment sans rivale, et la bibliothèque, prévue dans la rotonde, du premier étage à la coupole, seul jet, constituerait une œuvre superbe.

Bref ! votre 2° Commission, d'avis d'approuver l'opération, y voit en outre un moyen de doter la ville de Paris, la jeunesse des écoles, le public, d'un monument curieux et utile, qui sera le couronnement de l'entreprise conduite, de 1893 à 1904, par nos prédécesseurs, par les spécialistes, par tous ceux que le passé intéresse, et qui ne le croient pas incompatible avec les besoins modernes.

Dans ces conditions, l'affaire se présente aussi nette que possible : on nous loue pour 99 ans un immeuble en état déplorable, le reconstitue, en fait une chose belle et respectueusement restituée, et on augmente ainsi d'un joyau notre domaine communal.

Toutes garanties sont prises : le point de vue artistique est respecté et les sécurités financières sont assurées.

Vous le verrez, d'ailleurs, par les réserves introduites au projet de délibération suivant que nous vous demandons d'adopter :

« Le Conseil,

« Vu le mémoire, en date du 7 avril 1906, par lequel M. le préfet de la Seine lui soumet deux demandes, l'une de la Société anonyme des Maisons universitaires et la seconde de l'Association générale des étudiants de Paris, tendant à la concession d'un immeuble communal situé rue de la Bûcherie, 15, et rue de l'Hôtel-Colbert ;

« Vu les demandes des sociétés pétitionnaires ;

« Vu le plan de l'immeuble ;

« Vu le budget communal ;

« Vu les délibérations des 30 décembre 1893, 11 juillet 1894, 26 avril 1895 et 23 mars 1904 ;

« Sur rapport (imp. n° 60 de 1906) de M. Armand Grébauval, au nom de la 2° commission,

« Délibère :

« Article premier. — Est autorisée, mais sous réserve de la condition préalable ci-après stipulée en l'art. 4, la location à bail pour une durée de 99 ans à l'Association générale des étudiants de Paris de l'immeuble communal situé rue de la Bûcherie, 15, et rue de l'Hôtel-Colbert.

« Art. 2. — Cette location, dont le point de départ sera ultérieurement fixé par l'Administration d'après la date dûment constatée de l'entrée en possession de l'immeuble par l'Association concessionnaire, sera faite moyennant un loyer annuel de 20 francs, la dite somme de 20 francs étant inscrite en recette au chap. 9, art. 3 du budget communal.

« Art. 3. — L'Association générale des étudiants devra prendre l'engagement de dégager et restaurer à ses frais les parties des bâtiments actuels présentant un intérêt historique et d'édifier, sur le terrain restant libre après démolition du surplus des constructions nouvelles.

« Les plans des travaux seront soumis à la 2° commission pour approbation. Les plans et devis devront en être soumis et agréés par l'administration.

Tous les travaux de construction ou de restauration devront être exécutés sous la surveillance des services municipaux d'architecture.

« Art. 4. — L'Association générale des étudiants devra, dans un délai de 18 mois à compter de la notification de l'arrêté préfectoral approuvant la présente délibération, déposer à l'Administration ses plans et devis et justifier des ressources nécessaires à leur exécution, faute de quoi aucune suite ne serait donnée à la présente délibération.

« Art. 5. — L'Association concessionnaire devra supporter toutes les charges, contributions et taxes établies ou à établir s'appliquant au sol ou aux constructions, de telle sorte que la Ville de Paris n'ait absolument aucune charge à supporter du chef de cet immeuble.

« Art. 6. — Ladite Association devra soumettre à l'agrément préalable de l'Administration municipale la destination précise des différents locaux et le règlement qu'elle proposera d'appliquer pour les services devant y fonctionner.

« Art. 7.— A fin de bail, les constructions et embellissements deviendront la propriété de la ville de Paris sans indemnité.

« Art. 8. — Pour le surplus, le bail dont il s'agit sera soumis à toutes les clauses et conditions d'usage imposées par la ville de Paris dans les baux de cette nature déjà consentis par elle. »

La 2e commission conclut comme l'Administration ; je crois qu'il est préférable que l'Association fasse une belle construction. Cela vaudra mieux que de lui réclamer un loyer de 3 000 ou 4.000 francs.

M. Gabriel Bertrou. — Combien la Ville a-t-elle payé l'immeuble ?

M. Armand Grébauval, rapporteur. — 300.000 francs, mais depuis dix ans elle n'en a rien fait.

Nous ne prévoyions pas les objections qui sont soulevées aujourd'hui.

Nous avons considéré qu'il y a là l'occasion de sauver un monument que la Ville n'utilise pas et qui se dégrade de jour en jour.

M. Gabriel Bertrou. — Je trouve extrêmement séduisante la proposition qui est rapportée devant le Conseil. Mais il semble excessif de donner pour un bail de 99 ans et moyennant un loyer nominal un immeuble dont l'achat a coûté 300.000 francs à la Ville.

L'Association à qui il s'agit de louer l'immeuble est composée de jeunes gens intéressants et laborieux ; de futurs avocats, médecins, pharmaciens, même de futurs sénateurs et députés ; mais enfin ce n'est pas une de ces œuvres de charité qui font oublier les préoccupations budgétaires.

Il me semble donc naturel qu'on demande à l'Association de payer un loyer.

M. Armand Grébauval, rapporteur. — Fixez un chiffre !

M. Bertrou. — Qu'on renvoie l'affaire à la Commission !

M. Armand Grébauval, rapporteur. — Nous ne pouvons accepter cela.

Voix. — 3.000 francs !

M. Berthaut. — Il serait préférable de s'entendre avec l'Association des étudiants pour la fixation du loyer.

M. Armand Grébauval, rapporteur. — Actuellement l'Association des étudiants paye rue des Écoles un loyer de 16.000 francs.

M. Gabriel Bertrou. — Demandons 6.000 francs.

M. Armand Grébauval, rapporteur. — En bonne justice, il faut tenir compte de la somme de 4 ou 500.000 francs que l'Association des étudiants va dépenser pour améliorer un immeuble municipal.

C'est là une somme supérieure à celle que nous a coûté le terrain. Je ne m'oppose donc pas au principe d'un loyer, mais j'insiste pour qu'il soit modeste. Le chiffre de 3.000 fr. me paraît acceptable.

M. Jolibois. — Je propose 5.000 francs.

M. Armand Grébauval, rapporteur. — L'Association des étudiants dépensera 500.000 francs dans un immeuble qui s'écroule et qui a coûté 300.000 francs à la ville de Paris.

M. le Préfet de la Seine. — Il me semble, Messieurs, que le point de vue auquel on convie le Conseil municipal à se placer est different de celui où nous nous sommes placés nous-mêmes lorsque nous avons soumis l'affaire. Il s'agit d'un immeuble intéressant en raison de son caractère historique. Certaines parties ont été signalées depuis longtemps comme devant être conservées, ce qui occasionnerait une dépense considérable. Or la ville de Paris dans la situation présente ne peut rien faire.

Nous en étions à nous demander si nous ne serions pas forcés de réclamer des sommes importantes au Conseil pour la remise en état et l'utilisation hypothétique de cet immeuble. C'est alors que l'Association des étudiants s'est présentée. Elle nous a fait remarquer que la Ville avait là une propriété qui ne peut pas lui servir à grand'chose. Elle a ajouté qu'elle disposait de sommes assez importantes qu'elle espère voir s'augmenter prochainement, par suite de libéralités, et que si on voulait lui louer l'immeuble en question, elle pourrait le restaurer et le mettre en valeur ; que la Ville, qui subventionnait une foule d'œuvres intéressantes et s'était toujours montrée bienveillante pour les étudiants, aurait là une occasion de leur continuer ses faveurs d'une manière particulièrement sensible.

Eh bien ! Messieurs, voulez-vous donner à ces jeunes gens — pour un temps assez long, car il est naturel qu'ils cherchent à tirer parti des sacrifices qu'ils s'imposent — cet immeuble dont nous ne savons que faire ?

Pour nous, nous avons pensé qu'il y avait là un geste élégant à faire, et, puisqu'il s'agit d'un édifice municipal dont la restauration exigerait une dépense considérable, nous avons estimé que la Ville devait se montrer généreuse et nous vous avons proposé d'accueillir favorablement la demande de l'Association des étudiants.

Voilà donc, Messieurs, dans quels sentiments nous nous sommes trouvés, quand nous avons examiné cette affaire ; nous avons pensé qu'il plairait au Conseil de faire à la jeunesse des écoles ce geste élégant auquel nous le convions et de lui donner les locaux qu'elle désire pour un loyer nominal.

Certainement, Messieurs, vous pourrez vous placer à un point de vue différent, je ne dirai pas pourtant au point de vue financier, car vraiment, quelle importance peut bien avoir une minime redevance de 2.000 ou 3.000 francs dans un budget comme celui de la Ville de Paris ? (*Assentiment.*)

M. Froment-Meurice. — Après avoir donné l'immeuble, il faudra fournir et payer le personnel.

M. le Préfet de la Seine. — La question vous est soumise, Messieurs ; vous êtes maîtres de la trancher comme vous le jugerez utile ; s'il vous plaît d'être chevaleresques dans la concession à la jeunesse de nos écoles de ce vieil immeuble universitaire, vous le serez jusqu'au bout ; et vous n'avez pas besoin du conseil du préfet de la Seine pour l'élégance du geste que vous avez à faire. (*Très bien! Très bien!*)

Je croirais faire injure au *conseil municipal* de Paris en insistant davantage.

M. André Lefèvre. — Voulez-vous me permettre un mot ?

Si, tout à l'heure, j'ai fait à mi-voix à l'oreille de M. le rapporteur une allusion à un loyer effectif, c'est que le président de l'Association, l'honorable M. Camprinchi, me parlant ici, à l'Hôtel de Ville, avait envisagé lui-même l'hypothèse du paiement d'un loyer à la ville de Paris. Il était même supérieur à celui indiqué par M. Lampué.

C'est ce souvenir qui me revenait à la mémoire tout à l'heure, et il me semble que le geste de la ville de Paris ne cesse pas d'être élégant si elle se préoccupe, dans une très faible mesure, de sa situation de propriétaire.

Je n'ai nullement l'intention d'insister, mais enfin je tenais à expliquer pourquoi j'ai fait, à mi-voix, cette observation à M. le rapporteur.

M. le préfet de la Seine. — Ce n'est pas à vous, monsieur le Président, que j'ai à rappeler que, lorsqu'on fait un geste élégant, il faut le faire tout entier.

M. le Président. — Je vous réponds, monsieur le Préfet, qu'il ne faut pas être plus royaliste que le roi.

M. Sauton. — Il me paraît prématuré de nous prononcer sur le loyer. Telle qu'elle nous est pré-

sentée, l'affaire ne constitue pas un cadeau. C'est seulement dans dix-huit mois, après l'étude des plans et devis, que l'Association des étudiants saura si elle peut faire face aux dépenses d'installation et c'est à ce moment qu'elle prendra, s'il y a lieu, des engagements définitifs.

Souvent, Messieurs, vous allouez des subventions à cette Association en vue de réceptions. Aujourd'hui, à la place de ces subventions vous lui donnez un local, ce qui vous dispensera de lui donner une subvention annuelle.

Ce n'est pas 2.000 francs qui assureront l'équilibre de notre budget. Quand nous avons acheté ces immeubles, nous n'avons pas voulu nous livrer à une spéculation.

Si nous en avions eu les moyens, nous aurions certainement restauré l'édifice pour y installer un musée.

La combinaison qui nous est aujourd'hui proposée nous procure indirectement une économie, puisqu'elle nous dispense des frais de service que nous aurions été obligés d'y installer.

Je demande en conséquence que les conclusions de la commission soient adoptées.

M. Adrien Mithouard. — Les étudiants vont dépenser 3 ou 400.000 francs en travaux. L'immeuble est en ruine, il s'écroule et si vous voulez le conserver, il vous faudra dépenser de grosses sommes et, une fois restauré, je ne sais pas à quoi il pourrait servir.

Je vous demande donc, quant à moi, après avoir visité les lieux et étudié l'affaire en Commission avec notre collègue Grébauval, de voter les conclusions qu'il vous propose.

Elles constituent la meilleure solution, puisqu'elles nous permettent de conserver un immeuble historique, de lui garder son antique caractère en installant les étudiants d'aujourd'hui dans les lieux mêmes où travaillaient les étudiants d'autrefois, et de manifester nos sympathies à la jeunesse des écoles.

Je regretterais que vous ne votiez pas telles quelles les conclusions qu'on vous soumet. Mais comme je vois qu'un certain nombre de nos collègues y paraissent opposés, je vous propose, non sans regrets, une formule de transaction sur laquelle on pourrait sans doute s'entendre. Elle consisterait à fixer le loyer à 500 francs pendant les 25 premières années, à 3000 francs pendant les 25 suivantes et à 5.000 francs ensuite pendant 49 ans.

Mais, je ne vous cache pas que je préférerais qu'on votât les conclusions libérales de la Commission.

M. V. Gelez. — Messieurs, il ne s'agit pas d'être plus ou moins nobles; il est toujours facile d'acquérir la noblesse avec l'argent des autres.

M. Armand Grébauval, rapporteur. — Vous auriez dû nous dire cela depuis huit ans que la Ville ne fait rien pour cet immeuble.

M. V. Gelez. — Je l'ai toujours dit, non seulement à propos de cette affaire, mais encore à propos de toutes celles de même nature.

Si je n'interviens pas toujours, c'est pour ne pas épuiser la bienveillance dont le Conseil municipal veut bien me gratifier.

Je remercie notre président d'avoir donné cette leçon instructive à savoir : que nous devons toujours mettre les intérêts généraux au-dessus des intérêts de quartier, qui ne sont trop souvent que des intérêts électoraux,

Aliéner pour quatre-vingt-dix-neuf ans, un siècle, un immeuble communal, exige une étude plus approfondie et des propositions plus fermes.

C'est seulement lorsque nous connaîtrons le chiffre des dépenses que l'Association générale des étudiants s'engagera à faire que nous pourrons examiner les propositions sur lesquelles nous serons appelés à statuer.

Notre situation budgétaire nécessite que nous ne regardions pas au plus ou moins d'élégance de nos gestes, mais nous impose, au contraire, un geste qui consiste à serrer le plus possible les cordons de la bourse municipale.

M. Adrien Mithouard. — Le geste élégant consisterait à reconstruire le monument à nos frais.

M. Maurice Quentin. — M. Gelez dit que nous ne devons pas nous guider d'après des intérêts électoraux, mais d'après l'intérêt général.

Dans la circonstance présente, je n'ai pas besion d'insister longuement sur ce fait, que je ne m'inspire que de l'intérêt de la Ville bien compris, de son intérêt moral le plus élevé, lorsque je demande au Conseil de voter les conclusions de la Commission favorables à la concession à titre gratuit de l'immeuble en question.

On s'est contenté jusqu'ici, dans la discussion, de faire valoir en faveur de la mesure proposée les sacrifices que l'Association générale devra s'imposer pour réparer le vieil immeuble de la rue de la Bûcherie ; mais il y a quelque chose de plus haut à considérer, c'est le rôle poursuivi par l'Association générale.

Elle ne se compose pas seulement d'étudiants parisiens, mais avant et surtout de jeunes gens venus de tous les points de la France, attirés par l'éclat séculaire de l'Université de Paris.

Après avoir reçu l'enseignement le plus complet dans toutes les Facultés, ils iront porter dans le reste du pays le fruit de leurs études et ajouter ainsi à la gloire de notre vieille Sorbonne et de nos grandes Écoles de médecine, de droit, des beaux-arts, etc.

Je n'ai jamais fait partie de l'Association, mais je sais tout le bien qu'elle a fait ; les facilités de toute espèce qu'elle donne aux étudiants et le développement que lui doit le cercle de nos études supérieures.

Aussi l'Association générale a toujours été favorisée par les attentions des pouvoirs publics : les professeurs des facultés, les grands maîtres de l'Université et les différents chefs de l'État qui se sont succédé lui ont témoigné publiquement en quelle estime et en quelle considération elle devait être tenue.

Elle ne poursuit pas seulement un but moral et scientifique ; elle est aussi une œuvre de bienfaisance.

Il ne faut pas oublier les détresses qu'elle a pu soulager avec discrétion et discernement.

Eh bien, Messieurs, si dans des circonstances analogues la Ville a concédé à titre gratuit des immeubles lui appartenant à des œuvres répondant à un but élevé, je vous demande donc d'autoriser l'Association générale à occuper, dans les conditions proposées par M. le Préfet de la Seine, l'immeuble communal de l'ancienne Faculté de médecine.

Je suis convaincu que pour 3.000 francs de plus ou de moins la ville de Paris ne s'en trouvera pas plus riche ; mais vous aurez du moins agi avec l'élégance et la justice que vous conseillait tout à l'heure M. le Préfet et je suis persuadé que le Conseil, soucieux de conserver à la vielle Université de la capitale ses traditions et ses gloires, ouvrira toutes grandes à ses élèves les portes de l'amphithéâtre de la rue de la Bûcherie.

M. Jolibois. — Tous les jours on augmente les dépenses municipales, tous les jours on augmente les impôts, et on vient même de créer un nouvel impôt sur les briques qui vient encore entraver l'industrie. Une somme de 3.000 francs n'est pas tout à fait négligeable. Mais il n'est pas admissible qu'une association qui veut avoir pignon sur rue soit dans l'impossibilité de disposer de cette somme. Je considère même que le chiffre de 3.000 francs est minime et j'avais proposé le chiffre de 5.000 francs, qui me paraissait mieux correspondre à la question ; quelques collègues trouvent ce chiffre excessif et je n'insiste pas.

M. Adrien Mithouard. — Que voulez-vous faire de l'immeuble ? Il tombe en ruines.

M. Jolibois. — Je dis que nous devons exiger les mêmes garanties que nous demanderions à un entrepreneur, que l'on n'admet à concourir que s'il

présente toutes les garanties financières nécessaires.

M. Adrien Mithouard. — L'Association des étudiants s'engage à dépenser plusieurs centaines de mille francs.

M. Jolibois. — L'assemblée générale des étudiants ratifiera-t-elle ce double engagement? En ce qui concerne la location à 20 francs, cela n'est pas douteux; mais la dépense de reconstruction, évaluée, d'ailleurs, au pied levé, à 500.000 francs, cela peut faire réfléchir et amener une association à se dissoudre, quitte à se reconstituer sur d'autres bases.

Quoi qu'il en soit, je veux bien considérer les 3.000 francs de loyer comme suffisants et j'estime que, dans ces conditions, nous faisons encore un très beau geste qui sera apprécié comme il convient par les étudiants de la Faculté de Paris. Je vous engage à le faire parce que l'art. 4 du projet de délibération nous offre les garanties indispensables ; il prescrit que l'Association devra, dans les dix-huit mois, déposer ses plans et devis, en tenant compte des clauses de l'art. 3 et justifier des ressources nécessaires à leur exécution, faute de quoi aucune suite ne serait donnée à la présente délibération.

M. Armand Grébauval, rapporteur. — Je pense, Messieurs, qu'il est inutile de renvoyer l'affaire à la Commission. Nous sommes tous suffisamment édifiés. Personne ne veut, je crois, dépenser 300.000 francs au moins pour restaurer un immeuble dans lequel nous ne savons pas ce que nous mettrons. Voilà dix ans que nous aurions pu le faire, d'ailleurs, et nous n'avons rien fait. Tout le monde est d'accord pour louer l'immeuble de la rue de la Bûcherie à l'Association des étudiants, car il sera ainsi rendu à une destination qui répond à son origine. Il n'y a pas, à mon avis, de meilleure affectation que celle-là.

Le débat porte seulement sur le point de savoir si la location sera nominale ou bien effective.

Si le chiffre de 3.000 francs est adopté par le Conseil, il est bien probable que l'Association des étudiants l'acceptera ; mais, vraiment, le feu n'en vaut pas la chandelle, et j'estime, je le répète, qu'il n'y a vraiment pas lieu pour la ville de Paris de tirer parti d'un immeuble dont nous ne faisons rien depuis dix ans, parce que nous trouvons un locataire qui propose de le restaurer conformément à sa première destination.

Je n'ai pas autre chose à dire, Messieurs.

M. Berthaut. — Voici, Messieurs, comment se résume l'opération. L'Association des étudiants dépensera 500.000 francs pour restaurer l'immeuble de la rue de la Bûcherie. Or, cette Association, qui paie actuellement 16.000 francs de loyer, paiera en 99 ans, si on lui maintient le loyer actuel, la somme de 1.584.200 francs.

M. Armaud Gréhauval, rapporteur. — Ce ne seront plus les mêmes étudiants.

M. Fribourg.—En effet, ce ne serait plus la jeunesse des écoles. (*Rires*.)

M. Berthaut. — Il est probable qu'il y aura encore des étudiants dans 99 ans.

Même avec un loyer de 3.000 francs, ils feraient encore une économie de 787.000 francs sur la somme que leur coûterait le loyer actuel.

M. Adrien Mithouard.— A quel taux calculez vous l'emprunt nécessaire ?

M. Berthaut. — Je n'ai pas calculé le taux ; mais j'estime que, même à un taux très élevé, les intérêts ne s'élèveront pas à 787.000 francs.

J'appuie donc la proposition de faire payer un loyer de 3.000 francs par an, que l'Association peut très bien accepter, car en 99 ans cela ne fera que 297.000 francs, au lieu de 1.584.000 francs = taux du loyer actuel.

M. le Président. — Nous sommes en présence de deux propositions : d'abord les conclusions de la Commission, en second lieu un amendement de M. Berthaut tendant au paiement d'un loyer de 3.000 francs. Je mets aux voix cet amendement.

L'amendement de M. Berthaut est adopté.

Les conclusions de la Commission, ainsi modifiées, sont adoptées (1906.965).

CHRONIQUE DU "SOU MÉDICAL"

Du salaire des experts en matière civile.

Expertises médicales à l'occasion de l'application de la loi sur les accidents du travail.

Réponse au Dr Subert (de Clamecy), membre du « Sou médical ».

Les experts peuvent être commis, au civil : soit par jugement d'avant faire droit ; soit par ordonnance du président du tribunal entendant les parties en conciliation ; soit par désignation du Juge de paix en application du paragraphe 3 de l'article 13 de la loi sur les accidents du travail ; soit par jugement d avant faire droit du juge de paix ; soit enfin, par désignation du juge de paix, en conciliation, sur l'accord des parties.

Cette désignation est faite à la requête du demandeur ou à la requête du défendeur.

Le demandeur est, le plus souvent, le blessé qui réclame le paiement, soit de son demi-salaire qu'on lui conteste, prétendant que sa blessure est consolidée ; soit le règlement de l'indemnité à laquelle il a droit pour incapacité permanente totale ou partielle ; soit enfin, en application de l'art. 19 de la loi de 1898, en cas d'aggravation de son infirmité.

Le demandeur est parfois aussi le chef d'entreprise, représenté par la Compagnie d'assurances, qui vient contester les termes des certificats médicaux qui lui sont opposés et qui réclame un examen plus approfondi du blessé, avant de s'exécuter s'il y a lieu. L'assureur est aussi demandeur en application de l'art. 19 de la loi de 1898 en cas d'atténuation de l'infirmité du blessé ou de son décès par suite des conséquences de l'accident.

Les experts pourront, du consentement des parties, être dispensés du serment.

Cette dispense du serment ne doit pas être accordée aux nouveaux experts qui, en cas de refus des premiers, seraient ultérieurement désignés d'office pour les remplacer (Cour d'Alger, 29 mai 1868). Si donc l'expert n'est pas expressément dispensé du serment, il le prêtera, soit devant le juge commis par le jugement, soit devant le juge de paix du canton où il devra procéder. Mais le jugement qui le désigne devra contenir une autorisation à cet effet.

Le rapport de l'expert devra être déposé au greffe du tribunal ou de la justice de paix.

Toutes les opérations des experts comportent des honoraires et il importe de fixer ceux qui sont afférents à chacune d'elles. Si je suis entré dans tous les détails qui précèdent, c'est que la condition d'où procède le pouvoir de l'expert fait varier le procédé qu'il doit employer pour se faire rémunérer et surtout la façon dont il doit introduire son mémoire.

L'expert tient-il son mandat du tribunal ? Le tarif applicable est le tarif civil.

Voici le tableau de ces salaires tels que les a résumés M. le Président Dubrac et qui est réglé par

les articles 159 à 165 du tarif civil publié par le décret du 16 février 1807.

	DROITS			
	Cours d'appel.		Tribunaux de 1re instance	
	Paris	Autres cours	Paris, Lyon Bordeaux Rouen.	Tous autres tribunaux de 1re instance
	fr.	fr.	fr.	fr.
Prestation de serment				
1° Vacation pour prêter serment	8	6	8	6
2° Frais de transport et de nourriture si les experts sont domiciliés à plus de deux myriamètres du lieu où siège le tribunal. Par myriamètre	6.40	4.80	6.40	4.80
Opérations.				
1° Vacation aux opérations dont ils sont chargés, quand ils opèrent au lieu de leur domicile, ou dans un rayon de deux myriamètres de leur domicile. Par vacation de 3 heures	8	6	8	6
2° Frais de transport et de nourriture quand ils se transportent à plus de deux myriamètres de leur domicile. Par chaque myriamètre parcouru en additionnant l'aller et le retour	6	4.50	6	4.50
3° Journée de campagne, ou honoraires des experts pendant le temps de leur séjour, à charge par eux de faire quatre vacations par jour	32	24	32	24
Dépôt du rapport.				
1° Vacation pour déposer le rapport	8	6	8	6
2° Frais de voyage si les experts sont domiciliés à plus de deux myriamètres du lieu où siège le tribunal. Par chaque myriamètre aller et retour	6.40	4.80	6.40	4.80

Ce tableau tient compte, notamment, des dispositions de l'article 162 du décret de 1807, établissant « qu'il sera alloué aux experts deux vacations, « l'une pour leur prestation de serment, l'autre « pour le dépôt de leur rapport, indépendamment « de leurs frais de transport, s'ils sont domiciliés « à plus de deux myriamètres de distance du lieu « où siège le tribunal. Il leur sera alors alloué « par myriamètre, en ce cas, le cinquième de leur « *journée de campagne*. Au moyen de cette taxe, « les experts ne pourront rien réclamer, ni pour « frais de voyage et de nourriture, ni pour s'être « fait aider par des écrivains, etc. ».

L'expert tient-il son mandat du *juge de paix*? Son salaire est réglé par les articles 24 et 25 du décret du 16 février 1807. Ce salaire est le même pour les experts et les témoins : « La taxe, dit « l'article 24, sera d'une somme équivalente à une « journée de travail, même à une double journée, « si le témoin ou l'expert a été obligé de se faire « remplacer dans sa profession, ce qui est laissé « *à la prudence du juge*. »

« Il n'est pas passé de frais de voyage si le « témoin ou l'expert est domicilié dans le canton « où on a besoin de son ministère, ou encore s'il « est domicilié dans un rayon de deux myriamètres et demi. Dans le cas contraire, on lui « alloue autant de fois une somme double de « journées de travail qu'il y a de fois cinq myriamètres de distance aller et retour entre son « domicile et le lieu où son ministère est requis. »

Si autrefois, avant la loi de 1898, les médecins ne risquaient pas bien souvent d'être appelés comme experts devant les juges de paix, il n'en est plus de même aujourd'hui.

Comment apprécier le taux de *la journée de travail* et de *la double journée de travail*? Devant le silence du décret et la latitude laissée « *à la prudence du juge* », il est convenu qu'en matière d'expertises médicales c'est le tarif civil, appliqué lorsque l'expert aura été désigné par le tribunal, qui sera appliqué lorsqu'il aura été désigné par le juge de paix.

Dans les expertises civiles non ordonnées par un jugement, sur la demande amiable des particuliers, l'expert peut fixer lui-même le taux de ses honoraires. S'autorisant de ce principe, il peut réclamer à la partie demanderesse, lorsque cette partie est le chef d'entreprise représentée par l'assurance, le versement d'une provision devant le couvrir de ses peines et soins.

Si l'expert peut faire cela lorsque le chef d'industrie est demandeur, il ne saurait procéder de même lorsque le demandeur est le blessé lui-même ou ses ayants droit.

L'article 22 de la loi du 9 avril 1898, accorde à l'ouvrier blessé le bénéfice de l'assistance judiciaire, c'est donc dans la forme indiquée plus haut que le mémoire du médecin expert doit être établi.

Pour rendre ce mémoire exécutoire, il faut l'adresser, autant que possible, au même moment où le rapport est déposé. Il sera transmis par le greffier au juge duquel le médecin tient son mandat d'expertise. L'expert devra demander au Procureur de la République d'en requérir l'exécutoire après taxe.

Le juge procède à la taxe du mémoire, le signe et autorise la partie prenante à en toucher le montant chez le receveur de l'enregistrement.

Le mémoire de l'expert doit être accompagné de la pièce judiciaire lui confiant le mandat d'expertise : soit ordonnance du tribunal, soit extrait du jugement qui le désigne. Faute par lui de produire cette pièce en même temps que son mémoire, il se verrait refuser le paiement par le receveur de l'enregistrement.

Une difficulté se présente parfois à propos du calcul de la distance parcourue par l'expert. — Cette distance est celle qui sépare le domicile du médecin du lieu où a lieu l'expertise. Cette distance est calculée à l'aller et au retour. Si, pour

une même expertise, le médecin fait plusieurs voyages, il doit totaliser l'ensemble de ses transports et calculer sur le total le nombre des myriamètres parcourus. (Cours de Nancy, 4 décembre 1872. Dutruc : Bulletin de la taxe des frais, 1881).

Le juge a le droit de taxer. Si, par suite de la taxe du juge, le médecin expert se croit lésé dans ses droits, il peut faire opposition à la taxe et pour cela il devra constituer avoué. — Ce dernier rédigera les conclusions et l'affaire sera portée devant le tribunal réuni en chambre du conseil. Les conclusions seront discutées et le médecin appelé à fournir ses explications. Le tribunal statuera alors définitivement.

Voici, mon cher confrère, tout ce que je sais sur cette question assez difficile. Je manque de documents pour vous en dire plus long. Je sais cependant qu'une circulaire du ministère de la justice, adressée aux cours et tribunaux, a limité le nombre des vacations que doivent comporter les expertises-accidents du travail.

Cette circulaire m'a été signalée par notre confrère Pollet, de Douai, je n'ai pas pu m'en procurer le texte.

D[r] DE GRISSAC.

ACTUALITÉS

Le Balafré par persuasion.

A Monsieur le Professeur Dieulafoy,

En commémoration d'une
académique et fameuse dissertation.

Rien ne sert d'opérer, il faut le faire à point.
Mais la Science médicale,
En son plus large sens prenant cette morale,
Enseigne que souvent
Il est sage et prudent,
– Quelque démangeaison qu'en ait la Chirurgie,
Fille de la divine Hygie, —
De s'abstenir, et de n'opérer point.

Certain entérité, depuis longtemps malade,
Etait las de souffrir et se désespérait ;
Il avait en effet épuisé la pléiade
Des maux terrifiants : aucun ne l'épargnait.
Les glaires, les fausses membranes
Qui tapissaient ses intestins,
Torturaient des soirs aux matins
Et des matins aux soirs ses fragiles organes.
Son ventre ballonné était prêt d'éclater,
Tendu comme une outre trop pleine.
Il déambulait avec peine,
Hâve, le teint jauni, ne pouvant supporter
Ni le moindre aliment, ni le plus doux breuvage.
Faisant appel à son courage
Il alla consulter un médecin fameux,
Qui, l'ayant palpé de son mieux,
Lui dicta son arrêt en cette docte glose:
« — Certes, l'appendice est en cause
« Et pour guérir à tout jamais vos maux,
« Bien haut je le déclare et sans mâcher mes mots,
« Il me faut extirper ce cloaque inutile
« Qui vous met en péril. Oh ! la chose est facile.
« Ouvrir un ventre pour moi n'est qu'un jeu d'enfant.
« Je suis, à ce métier, excellente portière :
« J'en fendis plus de cent la semaine dernière,
« Sans avoir le moindre accident. »
L'entérité, sans enthousiasme,
Mais espérant qu'ainsi disparaîtraient le spasme,
Et les troubles moteurs, et les douleurs aussi,
Se livra sans défiance aux coups du bistouri.
Deux mois après, marqué d'une balafre immense
Qui, du haut jusqu'en bas, lui couturait la panse,
Mais tout autant malade, et plus désabusé,
Il fit ce qu'eût d'abord fait un homme avisé ;
De la capitale du Ventre
Il a pris enfin le chemin ;
A la Reine des Eaux confiant son destin,
Il suit sa cure, et voit que tout en ordre rentre.

Lecteurs, en ce récit rien ne fut inventé,
Et cet exemple, hélas ! n'est pas unique.
Si l'on en croit la gent académique,
Le clan des Balafrés se serait augmenté
En proportion considérable :
Châtel-Guyon, pour eux, fut toujours secourable.
Parmi ceux-ci, s'il est des satisfaits
Qui connurent vraiment la noire appendicite
Et de l'opérateur goutèrent le mérite,
Combien de Balafrés à tort ont été faits !
Trop précieux nous est leur témoignage.
A l'invoquer ici nous ne faillirons point ;
Et, comme en débutant, nous dirons sans ambage :
Rien ne sert d'opérer, il faut le faire à point !

Docteur G. DUCHESNE.

REPORTAGE MÉDICAL

Le service médical au ministère de l'Intérieur. — M. Clémenceau, ministre de l'Intérieur, ayant reconnu que les médecins du ministère n'assuraient pas régulièrement leur service, a décidé qu'ils ne recevraient plus d'appointements fixes.

Les honoraires des médecins seront désormais calculés d'après le nombre de leurs visites.

A bas le forfait !

Concours en 1906, pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien aide-major de 2[e] classe des troupes coloniales. — Un concours s'ouvrira, le 3 décembre prochain, à 9 heures du matin, au Val-de-Grâce pour l'admission de docteurs en médecine à des emplois de médecin aide-major de 2[e] classe des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre nés ou naturalisés Français ;

2° Avoir eu moins de 32 ans au 1[er] janvier de l'année du concours ;

3° Avoir satisfait aux obligations de la loi du recrutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée (1) ; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2[e] classe au moins ;

4° Souscrire un engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2[e] classe ;

Les épreuves à subir sont les suivantes :

A. — *Pour les docteurs en médecine.*

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'une d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées, avec les pièces à l'appui, constatant les conditions énumérées au premier paragraphe, au

(1) Instruction du 22 octobre 1905 sur l'aptitude physique au service militaire.

ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), avant le 25 novembre prochain.

Les pièces à fournir sont :

I. Avant le concours.

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ;

3° S'il y a lieu, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit à des majorations de points ;

4° Certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours ;

5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ou état signalétique des services ;

6° Indication du domicile.

II. — Après l'admission.

Engagement de servir pendant six ans au moins au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de leur promotion au grade d'aide-major de 2e classe.

Les médecins admis à la suite du concours sont nommés aides-majors de 2e classe et vont suivre à Marseille, pendant un an, les cours de l'École d'application du service de santé des troupes coloniales.

Ils portent l'uniforme des aides-majors de 2e classe du service de santé de ces troupes et perçoivent une solde mensuelle de 217 fr. 50 ; il leur est alloué une première mise d'équipement de 575 fr. reversible au Trésor dans le cas où ils n'accompliraient pas les six années effectives de service à partir de leur nomination, à moins qu'ils n'aient été réformés pour cause de maladie.

Ils concourent, à la fin de l'année d'études, avec les aides-majors de leurs promotion provenant des écoles militaires du service de santé et prennent rang, avec eux, sur la liste d'ancienneté dans le grade d'aide-major, dans l'ordre du classement de sortie.

Du libre choix du médecin par les indigents. — Nous rappelons que M. le docteur Douvrin a fait adopter par le Conseil d'arrondissement de Lille réuni en session de juillet, le vœu suivant :

Considérant :

1° Que tout français, riche ou pauvre, dont la vie ou la santé est en danger, doit avoir le droit de choisir le médecin auquel va être confiée sa vie ou sa santé;

2° Que ce droit a été, d'ailleurs, reconnu et sanctionné par la loi de 1898, en faveur de l'ouvrier victime d'un accident du travail ;

3° Que la plupart des syndicats médicaux et notammenf les syndicats médicaux de Lille et du département ont émis des vœux dans le même sens ;

Le soussigné prie le Conseil d'arrondissement d'émettre le vœu que tout inscrit sur les listes d'assistance médicale gratuite, ait le droit de choisir, pour lui et les siens, le médecin qui possède sa confiance.

(*Bull. des Synd. Méd. du Nord et du Pas-de-Calais.*)

Evidemment, nous applaudissons à l'initiative de notre confrère. Mais n'est-il pas incroyable qu'après 35 ans de régime dit républicain et democratique, il faille faire voter sur un tel principe ?

Faculté et hôpitaux.

Concours de suppléant à Saint-Lazare.

Un concours pour l'admission à l'emploi de médecin suppléant à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare aura lieu le 10 décembre prochain. Les candidats devront se faire inscrire à la préfecture de police, service du personnol.

Le registre d'inscription est ouvert dès à présent il sera définitivement clos le 24 novembre, à 4 h.

Tout candidat devra : 1° justifier de la qualité de Français et du titre de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat ; 2° Etre âgé de 25 ans au moins.

Au moment de son inscription, il devra déposer une demande sur papier timbré, un extrait authentique sur timbre de son acte de naissance, ses diplômes, l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers, ses états de service, s'il y a lieu, et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter.

Concours des prix d'externat et concours d'internat.

Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine pour l'année 1906-1907 et la nomination aux places d'élèves interne en médecine, vacantes le 1er mai 1907, aura lieu le lundi 17 décembre 1906 à midi précis.

Les élèves seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 h. à 3 h. depuis le vendredi 2 novembre jusqu'au vendredi 30 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre, qui leur sera remis à l'entrée, déterminera la place qu'ils devront occuper pour leur composition.

Anx termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur sixième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions : d'autre part, ceux qui vont terminer les 3 premières années d'externat ne pourront figurer sur la liste des internes provisoires que s'ils ont obtenu l'autorisation de faire une année supplémentaire d'exercice comme externes.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Dehédin, de Samer (Pas-de-Calais), et Pichez, de La Rochelle (Charente-Inférieure), membres du « *Concours médical* ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année N° 40 7 OCTOBRE 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

Société Civile du « CONCOURS MÉDICAL »

Séance du Conseil de Direction du 27 septembre 1906.

Présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne, Cézilly, Diverneresse.

Le Conseil examine, d'abord, l'état des questions soulevées au cours de l'année, et que passeront en revue les rapports statutaires à publier fin d'octobre, savoir : modifications au tarif ministériel des accidents du travail, soins aux mutualistes, entente avec les sociétés pharmaceutiques pour la revision de la loi sur la pharmacie, réorganisation du syndicalisme médical dans son ensemble en France, création de l'office d'exercice illégal voté par le Congrès, campagne contre la création du certificat d'études médicales supérieures et pour la réforme pratique de l'enseignement médical, projet de loterie au bénéfice des médecins, applications de la loi sur la santé publique, etc.

Il prend connaissance des décisions adoptées dans les Sociétés de défense sur les différents sujets mis à leur ordre du jour, notamment l'organisation de rapports permanents avec le groupe médical parlementaire.

Il constate ce qui a été fait pour l'exécution des mesures votées par l'Assemblée générale de 1905, prend connaissance des chiffres qui figureront au rapport du trésorier, entend les propositions de la rédaction du journal, et règle quelques détails litigieux du service des remplacements. Celui-ci, très chargé, étant rendu encore plus difficile par l'attitude un peu trop exigeante et intolérante de certains remplaçants ou remplacés, absolument portés à considérer les *médecins* du Conseil de direction comme des professionnels de la bureaucratie et non comme des *confrères* dévoués.

Il décide qu'un avis, inséré dans les prochains numéros du journal, demandera aux correspondants d'informer le Bureau le plus tôt possible de leur désir d'assister à l'Assemblée générale du 18 novembre, en faisant connaître le montant de leurs frais de voyage en chemin de fer, s'ils ne sont pas médecins de ces services.

Après approbation des actes du directeur-gérant depuis la dernière réunion, la séance est levée.

Le Secrétaire Trésorier,
Dr A. MAURAT.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le sérum de Marmorek.

Le dernier Congrès de la tuberculose tenu à La Haye, semble avoir consacré une seconde fois la faillite de la science officielle des Allemands. Le professeur Behring, qui se croyait déjà au Capitole, comme Koch, a éprouvé une déconvenue méritée, quand il a essayé de rééditer le boniment de 1905 à Paris. Son fameux remède, annoncé d'avance avec tant de prévoyance, est encore dans les nébulosités du laboratoire. En attendant que les Académies trouvent quelque chose, contentons-nous d'un sérum qui a déjà fait ses preuves et qui, bien que répudié par les officiels, ne paraît pas devoir rester dans l'oubli : ce sérum est celui du Dr Marmorek.

Récemment, M. le Dr Georges Petit a eu l'occasion d'expérimenter ce sérum sur une assez large échelle au dispensaire antituberculeux du XIe arrondissement de Paris. Voici, d'abord, ses conclusions :

« Le sérum antituberculeux de Marmorek est spécifique et curatif de la tuberculose. Son emploi est sans aucun danger comme sans réaction. C'est le type idéal de traitement pour les malades du dispensaire. Les résultats obtenus sont assez encourageants pour que l'emploi en soit généralisé. » M. Georges Petit a expérimenté le sérum sur 43 malades et il en a obtenu de très beaux résultats.

Le mode de traitement employé par l'auteur est la méthode rectale.

On n'a ainsi aucune réaction à craindre du côté de la peau et on évite les symptômes d'anaphylaxie qui ont entravé les travaux et les recherches des premiers expérimentateurs. Ceci est appuyé par les expériences de Widal, démontrant que les phénomènes d'anaphylaxie ne peuvent pas avoir leur origine dans la circulation, mais dans la peau.

On injecte tous les deux jours 5 centimètres cubes de sérum par la voie rectale, et après une série de 10 injections, on laisse quelques jours de repos (environ 6 à 8 jours).

M. Georges Petit ajoute :

« Nous devons maintenant, faire remarquer que les malades sur lesquels nous avons expérimenté étaient des tuberculeux arrivés à la troisième période et ayant, pour la plupart, des cavernes ou au moins un ramollissement très profond. C'est-à-dire que nous nous sommes placés dans des conditions tout à fait défavorables au point de vue d'un bon résultat, mais d'autant moins sujettes à critiques qu'elles étaient plus rigoureusement scientifiques et expérimentales.

« Le premier symptôme de l'effet du sérum apparaît vers la 5e injection, et c'est la dyspnée qui cède la première ; puis, vient la diminution du nombre des crachats, qui sont plus aérés, moins denses. Enfin, l'amélioration des signes stéthoscopiques devance l'amélioration de l'état général.

« Dans plusieurs cas nous avons observé quelques hémoptysies, qui n'ont en rien empêché l'application du traitement. Nous avons également observé que souvent les hémorroïdes avaient subi une recrudescence congestive, ce qui peut, en dehors de toute influence de la circulation générale, s'expliquer par l'injection rectale agissant mécaniquement.

Nous n'avons jamais observé de réaction pyrétique, ni trouvé aucune contre-indication.

Nous estimons que les résultats satisfaisants que nous avons obtenus sont dus, en grande partie, à ce que le traitement a toujours été appliqué par nous-mêmes, et avec une rigueur et une régularité absolues. Aucune injection ne fut pratiquée par une personne autre qu'un médecin.

Enfin, une précaution qui nous a semblé d'une nécessité absolue pour la bonne réussite consiste à n'injecter le sérum que dans un intestin préalablement évacué à l'aide d'un lavement.

Procédés divers de simulation.

M. le Dr Cadiot, d'Angers, a récemment publié dans l'*Anjou Médical* une longue liste de procédés de simulation employés par les condamnés aux travaux publics. La voici à titre de curiosité :

1° En introduisant sous la peau un crin, un fil, une pointe d'alfa enduite de matières septiques telles que celles provenant du grattage des dents, des matières fécales, du crottin de chameau, de la terre, etc., on obtient un abcès ou un phlegmon.

2° En frappant sur les articulations avec un mouchoir ou une serviette renfermant du sable ou des petits cailloux, on obtient un gonflement facilitant la simulation d'une entorse, d'une hydarthrose.

3° En introduisant sous la peau un morceau d'acier, on provoque des abcès à répétition jusqu'à ce que le morceau d'acier soit éliminé.

4° En fumant de l'alfa ou du tabac trempé dans l'huile, on provoque la fièvre, et, en ingurgitant à peine un demi-litre d'eau, et, par-dessus, plusieurs boulettes de pain, on obtient un gargouillement qui trompe les médecins à l'auscultation de la poitrine.

5° En introduisant un morceau de paille, un peu de tabac, un peu de poudre d'ipéca et en frappant violemment sur l'œil, on provoque de la conjonctivite et de la kératite.

6° En mettant dans l'œil un peu du pus provenant de l'urètre atteint de blennorrhagie ancienne ou récente, de préférence, on provoque une ophtalmie.

7° Un mélange de savon et d'eau, pris par petites quantités chaque matin, provoque la dysenterie.

8° En laissant séjourner dans l'oreille de la viande pourrie, des matières fécales, il se produit un écoulement purulent.

9° En introduisant de l'huile de croton à l'intérieur de piqûres préparées sur le corps, et en recouvrant de thapsia, on obtient un eczéma.

10° En frottant les jointures avec de l'aloès, on simule la gale.

11° En appliquant sur la tête une certaine quantité de chaux vive que l'on étend d'eau ou bien un mélange d'ail pilé et de pétrole, on simule la pelade.

12° En introduisant dans le canal de l'urètre

une allumette chimique, on provoque un écoulement de sang et même de la cystite.

13° En brûlant la muqueuse de la joue avec une cigarette allumée, et en rinçant ensuite avec du sel délayé dans l'eau, on simule les plaques muqueuses.

14° Une graine de datura, écrasée et placée sous les paupières, provoque la dilatation de la pupille.

15° De l'huile de croton, étendue sur la peau après l'avoir échauffée, donne, au bout de 24 heures, une eschare étendue que l'on enlève, et qui simule un ulcère syphilitique.

16° Tremper une aiguille dans l'essence de térébenthine et faire de nombreuses piqûres à plusieurs articulations simule le rhumatisme articulaire.

17° Un peu de pâte vésicante, placée derrière l'oreille, produit de faux oreillons.

18° Un demi-verre d'urine, pris tous les matins, provoque une entérite aiguë.

19° Une cuillerée à soupe de sel et dix centilitres de vinaigre provoqueraient l'hémoptysie.

Indications du traitement chirurgical du cancer de l'estomac.

Dans une récente séance de la Société médicale du 1er arrondissement, M. le Dr Le Noir a fait une très pratique communication sur les indications du traitement chirurgical du cancer de l'estomac.

« C'est un problème qui se pose fréquemment, en clientèle aussi bien qu'à l'hôpital, dit-il, car malheureusement le cancer gastrique n'est pas rare et la solution en est presque tout entière entre les mains du médecin traitant. Il ne s'agit pas, en effet, d'une de ces affections bruyantes qui effrayent vite le malade et sa famille et pour laquelle une action énergique est facilement acceptée, sinon même réclamée. Le cancer de l'estomac, avec ses débuts insidieux, sa marche lente, éveille peu l'attention des malades qui ne viennent souvent consulter qu'à une époque déjà tardive.

« Le médecin lui-même est, dans plus d'un cas, fort embarrassé pour formuler d'emblée un diagnostic, et en tout cas il n'ose souvent porter dès ce moment un pronostic grave ni parler de la nécessité d'une opération.

« Et pourtant ; c'est de bonne heure qu'il faut agir si l'on veut le faire utilement, et les chirurgiens reprochent non sans raison aux médecins de leur amener les malades trop tard. Si on laisse passer le moment opportun pour tenter une intervention radicale, il ne peut plus être question que d'un traitement palliatif et c'est un nouveau problème qui se pose de savoir, alors, quand et comment il faut opérer.

« Il faut donc se résoudre, dans l'état actuel de nos connaissances, à confier au chirurgien le soin de parfaire un diagnostic encore incomplet et à conseiller une laparotomie exploratrice qui deviendra, s'il y a lieu, le premier temps d'une intervention plus complète.

« Supposons, au contraire, que le diagnostic de cancer gastrique soit confirmé, l'on a alors affaire à une maladie fatalement progressive, dont le pronostic, grave à brève échéance, justifie toute intervention capable de supprimer le mal ou tout au moins de procurer une survie plus ou moins longue au patient. Il suffit de faire la balance entre les dangers courus et les bénéfices probables. »

Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac comporte deux opérations : ou bien on tente la résection de la tumeur par une gastrectomie partielle ou totale, ou bien on pratique l'abouchement direct du cardia dans l'intestin par la gastro-entérostomie.

Ces deux opérations sont évidemment fort graves, mais avec les perfectionnements opératoires modernes, les auteurs ont cité des cas de survie de 2, 3, 4, 5 et même 6 ans, après l'opération de gastrectomie pylorique. Il va sans dire que la gastro-entérostomie, n'étant qu'une opération purement palliative et laissant subsister le cancer à sa place, donne une survie bien inférieure.

Or, quelles sont les indications et les contre-indications opératoires ?

« La première indication est la localisation pylorique de la tumeur. Si l'on a des raisons de penser qu'il existe un obstacle au transit des aliments, l'opération doit être conseillée parce que l'on a des chances de faire une opération radicale, les tumeurs pyloriques ou juxta-pyloriques ayant une symptomatologie plus nette, plus précoce, ce qui permet de supposer qu'il n'y aura pas de propagation à distance, parce que les tumeurs pyloriques sont en général d'ablation plus facile, parce qu'enfin, même en cas d'erreur de diagnostic sur la nature de l'obstacle, l'intervention serait encore justifiée dans la plupart des cas.

« L'opération pourra être encore conseillée si l'on suppose une tumeur limitée, facilement accessible, bien que siégeant en dehors de la zone pylorique.

« En toute occurence, on devra tenir compte du temps écoulé depuis le début probable de la maladie, la précocité de l'intervention étant une des conditions les plus favorables.

« Les cas où l'ablation totale de la tumeur pourra être tentée sont donc relativement restreints, d'autant plus qu'il existe de nombreuses contre-indications opératoires: les unes sont tirées de l'étendue même des tumeurs, car, bien que la gastrectomie totale ait pu être réalisée avec succès, l'opération, dans ces cas, constitue un trop gros aléa ; d'autres résultent de la propagation du cancer à des organes sains, soit de sa généralisation ; d'autres enfin sont imposées par l'état général, l'anorexie extrême, la cachexie avancée.

« Ces raisons de rejeter l'idée d'une intervention disparaissent en partie, s'il ne s'agit plus de la gastrectomie, mais seulement de la gastro-entérostomie. Cette dernière est une opération de nécessité, qu'impose la menace d'inanition et qu'il peut y avoir encore avantage à réaliser pour prolonger les jours du malade. C'est ainsi que les adénopathies à distance ne constituent plus alors une contre-indication absolue.

« En résumé, seuls un petit nombre de cas de cancer gastrique sont justiciables de la chirurgie; mais cependant nous n'avons plus aujourd'hui le droit de rejeter systématiquement l'idée d'une intervention et nous devons, au contraire, en discuter soigneusement la possibilité pour chaque cas et ne pas oublier que les statistiques vont toujours en s'améliorant, et que l'on a plus souvent à se repentir d'avoir écarté l'opération que de l'avoir conseillée. »

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE.

Hôpital des Enfants-Malades : M. le Pr Kirmisson.

Les reliquats de l'ostéomyélite aiguë de croissance (ostéomyélite prolongée).

Je désire appeler aujourd'hui votre attention sur une jeune fille, que vous venez de voir salle Bouvier. Cette malade, âgée bientôt de 17 ans, petite de taille il est vrai, a dépassé la limite d'âge de 15 ans au-delà de laquelle les admissions ne se font plus à l'Hôpital des Enfants. C'est une de mes anciennes opérées et, pour ce motif, j'ai demandé l'autorisation de la recevoir dans mon service et de continuer à la soigner.

Les antécédents de la malade sont les suivants. Jusqu'à l'âge de 9 ans, elle avait été bien portante. Le 10 janvier 1898, elle fut prise subitement, sans cause apparente, sans chute, de douleurs extrêmement intenses au niveau de la jambe gauche. Le médecin appelé à lui donner des soins conseilla, après 2 à 3 jours, de l'envoyer à l'hôpital et elle fut admise, dans ces conditions, le 14 janvier 1898, dans mon ancien service de l'hôpital Trousseau. La marche de l'affection, son début brusque en dehors de toute étiologie appréciable, les phénomènes généraux, l'état fébrile, les phénomènes locaux, le gonflement, la rougeur, la douleur vive siégeant à la partie inférieure de la jambe, me firent porter le diagnostic d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du tibia. Je l'opérai immédiatement. Par une longue incision répondant à la face interne du tibia, incision intéressant le périoste, je mis l'os à nu : du pus, accumulé entre l'os et le périoste, s'écoula. L'observation ajoute que nous avons trouvé sur l'os une foule de points rouges, indices d'ostéite. Nous laissâmes la plaie ouverte et, après plusieurs mois de pansements, la petite malade quitta l'hôpital pour aller en convalescence à Epinay. Quand elle commença à marcher, elle eut — comme il arrive souvent — quelques exulcérations au niveau de la plaie, qui disparurent avec des pansements. L'enfant guérit ainsi, assez complètement.

Depuis un certain temps, des douleurs, intermittentes et nocturnes surtout, étaient réapparues à l'extrémité inférieure de la jambe gauche. La petite malade nous ayant demandé conseil à ce sujet, je lui recommandai le repos et lui dis de revenir nous trouver, en vue d'une intervention ultérieure possible, si les phénomènes douloureux persistaient.

Dans la nuit du 1er au 2 mai dernier, la jeune fille fut reprise d'une crise excessivement douloureuse au niveau du tibia gauche. Se souvenant de ma recommandation, elle vint à l'hôpital des Enfants où, la difficulté tenant à son âge ayant pu être levée, elle entra le 4 mai dans mon service. A ce moment, nous avons constaté une large cicatrice, trace de l'opération antérieure, et au-dessous, à la partie inférieure de la jambe, un gonflement léger ; en cet endroit, la pression réveillait une douleur intense, atroce, insupportable. Cette douleur présentait et présente encore deux caractères importants à noter : elle est, d'une part, profonde, les pressions superficielles ne la provoquant pas ; elle est, d'autre part, localisée, et l'on peut préciser son siège avec la pointe d'un crayon. Elle ne répond pas à la malléole interne : lorsqu'on appuie sur celle-ci et sur l'interligne articulaire, on ne la fait pas naître ; d'ailleurs, les mouvements de l'articulation ne sont pas douloureux. La douleur en question est localisée sur l'extrémité inférieure du tibia, près du cartilage épiphysaire, un peu au-dessus de la malléole.

Il ne nous a pas semblé qu'il y ait eu, chez cette malade, des modifications de coloration de la peau. Il est une particularité intéressante à étudier en pareil cas, c'est la température locale. Elle a été prise ici, pendant trois jours. Le premier jour, on a noté du côté atteint une élévation de 4 dixièmes de degré ; le lendemain, une élévation de 2 dixièmes ; le troisième jour, la température était égale des deux côtés. Ceci, du reste, est en relation avec l'évolution de la maladie : sous l'influence du repos, les douleurs se sont amendées, la patiente ne souffre plus. Cependant, on ne saurait la considérer comme guérie, car la pression réveille encore une sensibilité assez vive.

C'est là, en définitive, tout ce que j'avais à vous dire sur cette jeune fille. A part cela, elle est bien portante. Toute notre attention se trouve concentrée sur ce point douloureux de l'extrémité inférieure de la jambe.

Le diagnostic de l'affection antérieure ne présente pas de difficulté. La malade a été atteinte, autrefois, d'une ostéomyélite de développement du tibia. Son histoire clinique suffirait à nous l'indiquer. Personnellement, nous en avons eu la preuve, puisque nous l'avons opérée nous-même. L'ostéomyélite avait débuté à quelque distance du cartilage épiphysaire et elle s'était poursuivie vers la moitié inférieure de la jambe.

Il n'est pas davantage douteux qu'il y ait une relation entre les accidents anciens et les accidents actuels. Bien que huit années se soient écoulées depuis, les douleurs sont localisées au même endroit, en un endroit extrêmement voisin tout au moins. En outre, il n'y a pas de raison pour qu'il s'agisse d'une autre affection. Deux seules hypothèses pourraient être mises en avant : la syphilis et la tuberculose. La syphilis déforme l'os sur une étendue assez grande : or, ici, il n'y a pas de tuméfaction. On n'a aucun motif de penser à la syphilis. On ne saurait davantage songer à la tuberculose. Cette jeune fille est de bonne santé générale et nous ne connaissons guère de tuberculose se développant en un point aussi limité et en dehors de toute espèce de signe extérieur. On ne trouve actuellement ici, je le répète, ni gonflement, ni changement de coloration de la peau, ni fongosités : la douleur est l'unique symptôme.

On doit établir une relation intime entre l'ostéomyélite antérieure et les troubles observés maintenant. Rien n'est plus rare, d'ailleurs vous le savez, que la guérison absolument totale de l'os-

téomyélite, la *restitutio ad integrim* des tissus, après elle. Au contraire, si l'on suit les malades, on voit que, le plus souvent, il reste des reliquats, des traces de l'affection qui peuvent sommeiller et se réveiller, à un moment donné, quand une cause occasionnelle, un coup de fouet, s'y surajoute.

De telle sorte que vous verrez des individus, arrivés à la vieillesse, avoir des accidents dont l'origine est une ostéomyélite de l'enfance. J'ai soigné un homme de 65 ans, qui avait eu une ostéomyélite à l'âge de 15 ans, et qui avait encore des troubles relevant de celle-ci. Il est des malades qui traînent ainsi toute leur vie des lésions d'ostéomyélite : c'est ce que Lannelongue a appelé l'*ostéomyélite prolongée*. Le mot est assez bon. La qualification de *chronique* convient, en effet, à certaines formes d'ostéomyélite dans lesquelles les accidents se continuent longtemps, sans interruption, et la qualification de *prolongée* aux formes où il n'y a pas chronicité véritable, mais des à-coups de la maladie.

Il ne faudrait pas croire que la connaissance de ces faits date d'hier. Vous m'entendez fréquemment citer l'article « Os » de Gosselin, du dictionnaire Jaccoud. Eh bien ! Gosselin y écrit ceci : « Souvent, les ostéites de l'âge adulte sont la continuation ou une recrudescence de celles du jeune âge ».

Ces ostéomyélites prolongées peuvent revêtir un grand nombre de formes. Une des plus communes est l'hyperostose, qui s'observe surtout à l'extrémité inférieure du fémur : l'os est volumineux et souvent douloureux.

Une seconde forme est la nécrose osseuse. Lorsque vous ouvrez vos traités de chirurgie, vous y voyez des chapitres consacrés à la nécrose des os, comme si cet état morbide constituait une affection autonome. Or, la nécrose osseuse n'est pas une maladie spéciale ; elle peut être une forme évolutive de l'ostéomyélite prolongée. L'os ainsi atteint est augmenté de volume, sa partie mortifiée étant entourée de tissu de néo-formation et d'une nappe de fongosités qui sécrètent du pus ; il y a quelquefois des orifices fistuleux conduisant sur le séquestre.

Dans d'autres cas, comme chez notre malade, on ne trouve rien de tout cela. L'os n'est pas augmenté de dimensions d'une manière appréciable ; il n'y a ni fistule, ni signe quelconque faisant penser à l'existence d'une nécrose. Il semble qu'il n'y ait rien... et, cependant, les malades souffrent. De quoi s'agit-il alors ?

Il est une lésion à laquelle il faut penser : ce sont les abcès intra-osseux. Ils ont été décrits pour la première fois par sir Benjamin Brodie. En France, ils ont été bien étudiés par Broca et par Cruveilhier, dans sa thèse de 1865. Ces abcès intra-osseux sont généralement juxta-épiphysaires. La plupart du temps, ils se localisent dans la partie élargie de la diaphyse, près de l'épiphyse, c'est-à-dire dans la région qui sert de point de départ habituel à l'ostéomyélite. Je vous signale en passant cette différence avec la tuberculose, maladie à siège épiphysaire qui, pour ce motif, affecte de bonne heure la forme d'ostéo-arthrite.

Les premiers cas d'abcès intra-osseux qui ont été vus paraissaient tout à fait distincts de l'ostéomyélite. On considérait l'ostéomyélite, à cette époque, comme une affection de la première enfance seulement ; rencontrant des abcès intra-osseux chez des sujets de 35 ans, de 40 ans, on ne voyait guère de relation à établir *a priori* entre les deux maladies. Et cependant, la lecture des observations montre que beaucoup de ces malades ont souffert, dans l'enfance, d'ostéomyélite. Aujourd'hui, tout le monde est d'accord pour admettre que les abcès en question ne constituent pas une entité morbide, mais un reliquat de l'ostéo-myélité aiguë de croissance.

Quels sont les symptômes de ces abcès ? Ils ressemblent à ceux que nous rencontrons chez notre malade. Il n'y a pas de gonflement, pas de fongosités. On note une douleur, très localisée, que l'on peut limiter avec la pointe d'un crayon. Cette douleur revient par crises névralgiformes ; elle s'irradie au membre et s'accompagne de deux phénomènes, une rougeur et une sudation, elles-mêmes localisées à la région douloureuse. Joignez à cela une élévation de température locale, qui atteint parfois un degré et demi et deux degrés.

Par divers côtés, par ses accès de douleurs profondes, par ses antécédents, notre malade se rapproche du tableau de l'abcès intra-osseux. Toutefois, les troubles accessoires de la crise, la rougeur et la sudation manquent.

N'y a-t-il pas encore autre chose que nous serions en droit d'invoquer ? Gosselin a appelé l'attention sur une variété particulière d'ostéite qu'il a nommée ostéite névralgiforme ou faux abcès des os. Que voulait-il dire par là ? Il a vu des malades, des femmes presque toujours, qui présentaient des douleurs vives analogues à celles de l'abcès des os. Il les a opérés et il a trouvé des petites cavités ne renfermant pas une goutte de pus. Ces cavités contenaient quelquefois des séquestres, des fongosités. Ceci ne saurait nous étonner, de nos jours où l'étude de l'ostéite a été poussée plus à fond. A côté de la lésion, il y a le tempérament, le nervosisme du patient, qui entre pour une part dans la symptomatologie.

Pour en revenir à notre jeune fille, vous voyez que, à son sujet, notre diagnostic n'est pas encore fermement établi. Par certains côtés, son affection se rapproche de l'abcès des os, mais elle n'en offre pas les crises typiques, avec la rougeur et la sudation locales. Il se pourrait que, chez cette petite malade nerveuse, nous ayons affaire à un faux abcès des os. Il se pourrait qu'il y ait là uniquement un point d'ostéite, une condensation osseuse, un petit séquestre, des fongosités, une épine pour mieux dire.

A ce propos, toutefois, je vais ouvrir une parenthèse. D'une manière générale, défiez-vous de cette nervosité dont on abuse tant. J'ai vu des enfants atteints de mal de Pott, de coxalgie indubitables, que l'on qualifiait de nerveux, d'hystériques. Je me rappelle une petite malade chez qui un de mes collègues des hôpitaux avait diagnostiqué une affection nerveuse : elle avait une coxalgie si véridique qu'elle fit un immense abcès froid. J'ai observé nombre de cas analogues. Il y a, en l'espèce, deux choses qu'il ne faut pas confondre, l'état général névropathique et la nature de l'affection. On ne doit pas se laisser absorber par le premier et renvoyer le patient simplement avec des douches, sans y avoir regardé de très près.

Notre jeune fille est une nerveuse, mais je crois qu'elle a aussi une lésion du tibia, lésion sur la nature de laquelle je ne suis pas complètement

fixé. Son état réclame un traitement qui sera l'intervention opératoire, la trépanation. J'ai marqué avec un crayon de nitrate le point douloureux. Je vais, à ce niveau, mettre l'os à nu et le trépaner. Nous verrons, alors, s'il existe des fongosités, des séquestres, etc. Le pronostic d'un cas semblable est, en général, très favorable.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

MÉDECINE PRATIQUE

Phlébite du système cave supérieur. — Embolie mortelle. — Infection familiale.

Dans le no 20 du *Concours médical* de l'année courante (page 353), j'ai publié l'observation d'une petite malade de 11 ans. morte d'embolie à la suite de phlébite encéphalique. — Quelques mois après, j'ai eu à donner mes soins au frère aîné de cette petite malade. C'était un enfant de 14 ans et demi, fortement constitué, mais de tempérament lymphatique, comme le sont d'ailleurs tous ses frères et sœurs.

Le malade se plaint d'avoir, depuis quelques jours, la voix sourde, fortement voilée, presque éteinte. Au simple aspect on est frappé tout d'abord de la bouffissure très accentuée de la face et du cou ; il y a de l'infection intra-nasale avec odeur désagréable. — Dans les jours qui suivirent, l'enfant présenta un certain œdème de la partie supérieure du thorax et même des mains, mais sans qu'il y eût la moindre trace de gonflement de la partie moyenne ou inférieure du corps. La voix fut toujours voilée, plus ou moins selon les jours ; il n'y a jamais eu trace d'albumine dans l'urine ; il y eut constamment un certain degré de dyspnée avec paroxysmes de gêne respiratoire à diverses reprises ; aucun signe à l'auscultation.

Juste 20 jours après ma première visite, le petit malade fut pris brusquement vers le soir d'une dyspnée terrible qui se calma au bout d'une heure environ, mais pour reprendre avec autant de force quelques heures plus tard, au milieu de la nuit. Comme sa mère était passée une minute à peine dans la pièce à côté et venait de lui parler, car il était en pleine connaissance, en revenant auprès de son lit, elle le trouva mort. — Les deux nuits précédentes l'enfant avait déjà eu deux crises de dyspnée assez vives qui avaient duré environ une demi-heure chaque.

Deux mois et demi auparavant, au moment même où sa petite sœur était atteinte de phlébite des sinus cet enfant avait eu pendant une quinzaine de jours une poussée de rhumatisme infectieux fébrile avec érythème polymorphe ; au même moment sa mère avait présenté de l'érysipèle de la face non douteux ; un frère âgé de 12 ans, une infection indéterminée, ressemblant assez à la fièvre typhoïde, mais accompagnée de sueurs très abondantes qui m'avaient fait craindre la tuberculose ; mais la guérison me fit écarter par la suite ce diagnostic ; un autre frère plus jeune avait de l'impétigo de la face très étendu.

Cet enfant de 14 ans et demi, porteur d'une infection nasale et d'un œdème accentué de la face, du cou, et des membres supérieurs, dont l'urine ne contenait pas d'albumine, sans lésions cardiaques ni pulmonaires, sans fièvre, qui meurt subitement dans une dyspnée brusque et terrifiante, après avoir présenté dans les jours précédents trois ou quatre crises de dyspnée très vive, a évidemment succombé par suite d'embolie ; étant donné le territoire œdématisé, il s'agit certainement d'une thrombose du système cave supérieur, d'origine nasale.

Deux enfants appartenant à une famille très lymphatique ont fait à deux mois et demi de distance une complication analogue et que l'on observe rarement ; l'infection nasale a déterminé chez la petite fille une phlébite des sinus suivie d'une embolie mortelle, et, chez le frère, une phlébite du système cave supérieur (jugulaire, tronc veineux. brachio-céphalique, ou peut-être veine cave), suivie également d'embolie mortelle. Les troubles de la voix présentés par le jeune garçon tenaient vraisemblablement à une certaine compression du récurrent produite par l'œdème cervical.

On a signalé à diverses reprises des morts subites fréquentes chez des enfants lymphatiques sans expliquer autrement le mécanisme de la mort. Les deux observations que je publie, d'enfants d'assez forte constitution, mais de tempérament très lymphatique, appartenant à une famille dont tous les membres s'infectent facilement, (le père assez buveur), et où une embolie est manifestement la cause de la mort, peuvent, il me semble, servir à élucider, au moins dans certains cas, les causes de mort rapide chez des enfants lymphatiques.

J'ai pu, par suite des circonstances, suivre en détail l'observation de ces deux malades et arriver à un diagnostic qu'il est difficile, en bonne foi, de contester sur les causes de leur mort. Or, il n'est pas douteux que très souvent il peut arriver au médecin, appelé tardivement, et auquel on ne donne pas avec soin tous les commémoratifs, (que la famille d'ailleurs peut ignorer), de rester, faute de renseignements, dans un doute forcé sur les causes déterminantes de la mort.

Je ne serais pas surpris que bon nombre de morts rapides et plus ou moins surprenantes chez des enfants ne soient, en fait, souvent causées, comme dans les deux observations que je rapporte, par des embolies, suite d'infections, et que l'obscurité des commémoratifs a fait méconnaître.

Dr Lemaitre.
de Gouville (Manche).

Epingle à cheveux dans le vagin d'une petite fille de sept ans.

Les épingles à cheveux dans les cavités naturelles ne sont point rares. Il y a quelque temps, le Dr Roux, médecin de l'hôpital de Relizane, relatait, dans la *Consultation médicale*, le cas d'une épingle à cheveux, qu'une jeune fille de quinze ans, *en s'asseyant sur son lit* (!), s'était enfoncée dans la vessie ; il décrivait les désordres survenus et les difficultés de l'extraction.

Dans la séance du 28 juin 1905 de la *Société de chirurgie*, le Dr J. Reboul relate le cas d'une épingle à cheveux qui *s'est* introduite dans l'urèthre

d'une jeune fille de dix-huit ans et qui a été retirée par les voies naturelles à l'aide d'un crochet à bottines, selon le procédé indiqué par M. Guinard dans la séance du 10 janvier 1900.

Nous rapportons l'observation suivante, curieuse et intéressante à certain point de vue, nous semble-t-il.

Le 8 janvier 1900, nous sommes appelé en hâte par une mère affolée, auprès d'une petite fille, Louise F...., âgée de sept ans, à I ..... Cette famille d'ouvriers est composée de quatre enfants et la petite fille en question couche avec un frère de quatre ans.

Depuis huit jours, paraît-il, l'enfant souffrait et se plaignait du ventre. De plus en plus malade et fiévreuse, dit la mère, elle se décide à demander le médecin, fait la toilette de l'enfant pour qu'elle soit propre à la visite, car l'enfant tachait sa chemise en jaune. En lotionnant les parties génitales, la mère est piquée, aperçoit un bout d'épingle et l'enfant avoue que, l'épingle *étant dans le lit*, elle est entrée par là.... Ruse. mensonge ; coïncidence singulière avec l'aveu de la jeune fille du Dr Roux, cela promet !

De là l'affolement de la mère.

En arrivant, je trouve l'enfant couchée en chien de fusil, ce qui amenait le relâchement des muscles abdominaux ; facies typhoïde. pas de ballonnement, ni de grande sensibilité du ventre ; néanmoins on notait 39°.

Je place l'enfant dans la position obstétricale — c'était de bonne heure pour elle, mais il y avait dystocie — et je ne vois d'abord rien. — Avec la sonde cannelée, j'écarte l'hymen annulaire et une extrémité de l'épingle apparaît. Je la saisis et je la fixe avec une pince sans faire de traction ni de manœuvres pouvant amener des désordres, produire des blessures et des délabrements. Il ne fallait pas déflorer cette petite fille de sept ans. Avec la sonde cannelée, je cherche à me rendre compte de la situation de l'autre branche. En attirant un peu et doucement, en avant, la branche saisie, je sens manifestement l'extrémité de l'autre branche venir faire saillie dans les tissus, à deux centimètres environ de l'orifice de l'hymen. Avec ma pince, qui tient une branche, je repousse l'épingle dans le vagin, puis l'éloigne latéralement de l'orifice pour amener l'autre pointe que je sens à travers les tissus, en face de l'orifice, et je suis assez heureux pour la voir bientôt apparaître.

L'épingle sort d'elle-même, couverte de pus. Injections et lotions boriquées.

L'enfant interrogée paternellement ne fait aucun aveu. A-t-elle opéré seule ? a-t-elle reçu des leçons ? de qui ? ce ne peut être de son frère de quatre ans avec lequel elle couche.....

Le lendemain, 9 janvier, l'état typhoïde qui ne m'avait pas autrement frappé, à cause de l'incident ou accident, me paraît être dû à une fièvre typhoïde, confirmée par des taches rosées lenticulaires nombreuses et la température typique.

L'enfant souffrait depuis le 24 décembre 1899. Pressée de questions, elle nie *énergiquement* (déjà et toujours !) que ce soit elle ou une camarade ou quelqu'un qui ait introduit l'épingle qui, répète-t-elle, était dans son lit et s'est introduite toute seule.

De plus en plus pressée, elle finit par m'avouer que c'est depuis Noël dernier, *qu'elle s'est introduit l'épingle elle-même.*

La fièvre typhoïde a évolué en trois septénaires, et l'enfant a guéri de son accident et de sa maladie.

Nous pensons qu'il y a eu coïncidence et non relation entre les deux.

Dr Courgey.

THÉRAPEUTIQUE

L'antisepsie urinaire par l'helmitol.

La très intéressante thèse par laquelle le Dr Planques vient de résumer les recherches qu'il a poursuivies au Laboratoire de thérapeutique de l'Université de Lyon et dans les hôpitaux, sur l'emploi thérapeutique de l'helmitol (1), est venue confirmer les résultats que nous avions personnellement obtenus avec ce médicament. C'est ce qui nous engage à résumer en partie cette thèse ici et à indiquer aux praticiens un produit encore peu répandu chez nous, couramment employé en Allemagne et qui pourra leur rendre dans bien des cas de réels services.

Si la doctrine de l'antisepsie intestinale a vécu, celle de l'antisepsie urinaire s'impose chaque jour davantage dans des circonstances nombreuses et fréquentes. Est-il besoin de les énumérer ? Gonococcie, infections banales des calculeux, des rétrécis, des prostatiques, des tabétiques, des paraplégiques ; tuberculose urinaire, inflammation rénale au cours des pyrexies — scarlatine surtout — ... et bien d'autres.

Comment réaliser cette antisepsie urinaire, curative ou préventive ?

Nombre de substances ont été préconisées : l'acide benzoïque et les benzoates alcalins, le bleu de méthylène, l'essence de térébenthine, l'acide salicylique... etc. Leur action inconstante, ou les phénomènes accessoires qu'ils déterminaient, les ont fait délaisser.

A l'heure actuelle, trois médicaments principaux restent en présence : le *salol*, l'*urotropine*, l'*helmitol* ou *neurotropine*.

Auquel donner la préférence ?

On a beaucoup abusé du salol, qu'il y a de sérieux inconvénients à administrer d'une façon continue et prolongée.

Médecins. chirurgiens, dermatologistes, etc..., qui en faisaient largement usage, il y a quelques années, ont tous eu d'excellentes raisons de le reléguer au second plan, et cela s'explique facilement si l'on veut bien se rappeler que le salol agit en se dédoublant en acide salicylique et en phénol. Or, on sait les critiques faites — surtout en ces derniers temps — à la médication salicylée quant à son action sur le rein ; d'autre part, les effets toxiques de l'acide phénique sur les éléments anatomiques du tube urinifère sont connus depuis longtemps. Il s'impose donc de n'employer le salol comme antiseptique urinaire qu'avec circonspection, d'autant plus que son action antiseptique est assez faible.

L'Urotropine (hexaméthylènetétramine ou formine. 1894) a rapidement conquis une place prépondérante, car son apparition a marqué un grand progrès dans la voie de la réalisation de l'antisepsie urinaire.

(1) R. Planques.— *L'helmitol*, thèse de Lyon, 19 décembre 1905.

Dans son passage à travers l'organisme, l'urotropine se dédouble en ammoniaque et en aldéhyde formique et provoque un dégagement lent, continu, dans l'urine, de formaldélhyde dont une proportion infinitésimale suffit pour empêcher le développement des microorganismes.

Personnellement, nous avons toujours eu à nous en louer et nous partageons pleinement cette opinion que l'urotropine est un des meilleurs antiseptiques urinaires... à condition de l'employer à petites doses : deux ou trois fois par jour 30 centigrammes. Si l'on veut arriver à des doses notablement supérieures, on ne tarde pas à remarquer des phénomènes d'irritation, du côté du rein ou du tube digestif. Or, il y aurait intérêt souvent à augmenter le dégagement très minime d'aldéhyde formique que provoque l'ingestion d'urotropine.

L'Helmitol échappe à cette nécessité de restreindre l'action médicamenteuse en de faibles limites. Il nous a été donné de le prescrire souvent depuis quelques mois et, sans hésitation, il est à préférer à l'urotropine.

Helmitol est un nom de convention désignant un sel bien défini, mais qu'il serait difficile de retenir et de faire figurer sur une ordonnance : l'*anhydrométhylènecitrate d'hexaméthylènetétramine.*

Un gramme de ce sel contient 0,407 d'urotropine et 0,593 d'acide anhydrométhylènecitrique. L'un et l'autre de ces deux corps abandonnent progressivement de l'aldéhyde formique en se dédoublant dans l'organisme.

L'helmitol est une poudre blanche, composée de fines aiguilles cristallisées, d'une saveur acidulée, agréable, sans odeur, soluble dans 7 p. 100 d'eau froide.

Son action antiseptique est sa principale propriété. Expérimentalement, les résultats sont concluants. Cliniquement, ils ne le sont pas moins : très rapidement (2, 3, 4 jours), l'urine trouble, alcaline, fétide des malades — sous l'influence du médicament — devient claire, reste limpide, reprend la réaction acide normale et perd son odeur ammoniacale. Cela infiniment plus rapidement qu'avec l'urotropine.

Une autre propriété peut être constatée cliniquement : l'action analgésique de l'helmitol sur les voies urinaires enflammées, action véritablement précieuse dans certaines affections douloureuses.

Quelles sont les maladies où l'on peut espérer voir l'helmitol rendre des services réels ?

Dans la *blennorrhagie* — mais il faut distinguer... Dans la blennorrhagie aiguë, c'est un simple adjuvant du traitement. Est-il d'ailleurs besoin de rappeler que, dans la blennorrhagie, il faut savoir s'abstenir de toute intervention thérapeutique intempestive ? Avec ces simples prescriptions : diététique sévère, repos relatif, suspensoir, tisanes diurétiques pour assurer fréquemment le lavage de l'urètre de dedans en dehors, un peu d'urotropine et d'helmitol au début, un balsamique quelconque à la fin, nous avons toujours obtenu la guérison de la chaudepisse dans le minimum de temps et sans complication.

Dans l'*uréthrite chronique postérieure,* l'action de l'helmitol est inconstante, mais fréquemment favorable (Rosenthal, Siebert).

Les effets en sont beaucoup plus heureux dans la *cystite blennorrhagique*.

Mais c'est surtout chez les *prostatiques* à bas-fond vésical transformé en source permanente d'infection urinaire, dans les cas d'*infection vésicale* banale si fréquente chez les rétrécis, les tabétiques, les paraplégiques, les calculeux, etc., que l'helmitol est tout particulièrement indiqué.

Il constitue un excellent moyen thérapeutique des *pyélonéphrites* où le traitement interne représente la seule ressource sérieuse.

La tuberculose des voies urinaires est moins favorablement influencée.

Il nous faut encore attirer l'attention sur un certain nombre de nos observations personnelles, concernant l'*emploi de l'helmitol au cours des maladies infectieuses* touchant plus spécialement le rein — notamment dans la scarlatine. Les bons effets préventifs de l'urotropine vis-à-vis de la néphrite scarlatineuse sont aujourd'hui bien établis. Nous avons pensé retirer les mêmes avantages prophylactiques en nous servant de l'helmitol dans divers cas et nous n'avons eu à déplorer aucune complication rénale. Il faut dire toutefois que nous n'avions négligé aucune des autres précautions qui doivent être prescrites, de façon formelle, en pareil cas : lavages de la gorge et de la bouche, surveillance des amygdales, désinfection intestinale par l'usage de purgatifs légers, régime lacto-végétal, etc.

Les inconvénients ?

Aucun à faibles doses ; quelques coliques et un peu de diarrhée à doses trop fortes ; jamais d'action rénale se traduisant par de l'albuminurie, par de l'aggravation d'une albuminurie préexistante ou de toute autre façon (Rosenthal, Impens, Strauss, Muller....)

L'administration de l'helmitol est très simple.

Dans le traitement des infections vésicales, de la pyélonéphrite...., on formulera :

Paquets :

Helmitol................ 1 gramme.

Trois à cinq par jour. A prendre chacun dans un verre d'eau sucrée, toutes les quatre ou six heures.

Dans le traitement de la blennorrhagie, dans le cours des maladies infectieuses où l'on est en droit de redouter une localisation rénale :

Paquets ou *comprimés* :

Helmitol................ 1 gramme

Deux à quatre par jour. A faire dissoudre chacun dans un demi-verre d'eau sucrée et à prendre à intervalles égaux.

(In *Province Médicale.*) L. M.

LES ÉTABLISSEMENTS DE TRAITEMENT SPÉCIAL

Le traitement de l'alcoolisme et la dipsomanie.

A l'Assemblée générale du Concours de 1894, M. le Dr Legrain, médecin en chef des Asiles d'aliénés de la Seine, vint nous convier à la lutte corporative contre l'alcoolisme et obtint l'adhésion unanime des confrères présents.

Depuis lors, Ligues et Congrès se sont succédé, s'attachant surtout à prévenir le mal dans

les jeunes générations, et de ce côté, l'effort commun n a pas été stérile.

Mais les praticiens que nous sommes ne cessaient de demander qu'on voulût bien, comme à l'étranger, se préoccuper de réaliser pour nos clients la *cure des buveurs d'habitude.*

Des apôtres dévoués, dont les noms sont en honneur dans le corps médical, M. Peter, Mme Legrain, prirent cette initiative (que nous avons signalée à l'époque) en ouvrant aux alcooliques la villa « La Source », 20, avenue des Arts, Parc-Saint-Maur.

Nous avons suivi les résultats de la tentative et vu de vos yeux la vie *familiale* de l'établissement organisée dans le régime d'abstention rigoureuse de l'alcool.

Aussi est-ce pour nous plaisir et devoir de faire connaître au *Concours médical*, par la petite note ci-dessous de Mme Legrain, le langage que nous devons désormais tenir à nos clients alcooliques, parce que nous y sommes autorisés... par une expérience que d'autres médecins distingués sont en train de confirmer dans leurs excellentes maisons de santé.

L'alcoolisme « maladie ».

Par Mme LEGRAIN.

On peut dire que la question *alcoolisme* a été réellement posée en France par le congrès de 1899. Si toutes les bonnes volontés qui, à cette date, avaient été éveillées par les révélations faites sur ce mal national n'ont pas persévéré dans leur désir de prêter à la cause un concours efficace, il faut reconnaître qu'un grand nombre se sont mises à l'œuvre et ont travaillé ferme. Le résultat est-il en rapport des efforts donnés ? Non, il n'y a pas à se le dissimuler. A quoi cela tient-il ? *A ce qu'on parle trop, et qu'on n'agit pas assez* ; à ce qu'on dit et redit que l'alcool est « le fléau national », et qu'on ne prouve pas suffisamment sa conviction par L'ABSTENTION INDIVIDUELLE DU POISON. C'est que de la théorie à la pratique il y a loin, et les chemins sont si encombrés d'obstacles : vanité, habitude, préjugés, qu'en dira-t-on, besoin de plaire à celui-ci ou à celui-là, question d'intérêt matériel souvent, question d'intérêts politiques aussi ; puis, combien encore question de paresse à supprimer une habitude dite désagréable. En un mot, il est plus facile de donner des conseils que de les pratiquer. Aussi toutes les ligues, tous les écrits, restent-ils presque lettre morte devant le mal, non que la lutte n'ait pas fait des progrès immenses, mais hélas bien minimes devant l'étendue des méfaits de l'alcool. J'ai quelque peu travaillé cette question d'alcool et qui m'a suivie peut m'être témoin que j'ai toujours essayé de diriger les efforts de tous vers un but pratique. Et ainsi ai-je toujours fait. Aussi, sans la moindre pensée de refaire ici une dissertation sur ce « fléau qui ruine notre pays », « qui détruit notre santé », qui peut prendre à son acquit toutes les plaies de la terre.... je viens vous dire simplement : si vous voulez aider efficacement à la disparition de l'alcoolisme dans votre pays, unissez-vous aux ligues antialcooliques pour prévenir le mal, ce sera déjà bien ; mais avant tout, cessez de regarder l'alcoolisme comme *un vice*, persuadez-vous bien qu'il est une *maladie* plus terrible que toutes les maladies et pénétrez-vous plus encore de cette vérité **qu'on guérit de l'alcoolisme.** Il suffit que, dans les familles où le mal sevit, on songe immédiatement au remède comme on le fait pour une fièvre quelconque. Il n'y a pas plus en effet de conseils à donner à un malade frappé d'alcoolisme qu'il n'y a à en donner à un typhique par exemple ; il faut le faire soigner, il faut appeler le médecin. Comme dans toute affection, si le mal est pris à temps, il peut être enrayé. Si les tares des malades ne sont pas trop accentuées, nous estimons que 70 % des alcooliques peuvent guérir. Tout ceci n'est point théorique ; c'est le résultat d'une étude de quelque 15 ans, pendant lesquels il nous a été donné de vivre en contact perpétuel avec les victimes directes de l'alcool. Commencée dans les milieux ouvriers, notre tâche se complète aujourd'hui par une vie de tous les jours dans le milieu des **gens du monde**, du monde sélect, nous pourrions dire, et qu'on ne m'en veuille pas d'affirmer que c'est parmi les gens du monde que nous trouvons le plus grand nombre de cas de maladies alcooliques, qu'on ne m'en veuille pas, se rappelant les paroles citées plus haut que l'*alcoolisme n'est pas une honte, mais un mal*, car si je révèle ce mal ici, j'apporte en même temps la certitude qu'il peut être enrayé.

Les expériences que depuis deux ans et demi nous avons pu faire à « la villa La Source » nous permettent d'affirmer, je le répète, « que le mal est curable dans 70 % des cas ». Parmi les malades entrés à La Source depuis 1903, nous relevons 39 cas d'alcoolisme, dont 32 hommes et 7 femmes. Sur les 32 hommes, *25 ayant pu suivre le traitement complet* sont aujourd'hui entièrement guéris, c'est-à-dire restés abstinents absolus, les uns depuis deux ans, les autres depuis un an, d'autres plus récents, mais aucun n'a chance de rechute.

Des 7 hommes ne pouvant figurer parmi les guérisons, deux, accablés de tares lourdes, antécédents de parents alcooliques, ont fait du délire aigu et ont dû être transférés dans les asiles d'aliénés.

Des 7 femmes également traitées à La Source, 6 ont pu reprendre à l'heure actuelle leur place dans la société ; la septième doit à sa famille sa non guérison ; c'est un cas trop répandu encore, le manque de soutien moral.

J'insiste sur ce fait que nous n'avons pas eu un seul insuccès parmi ceux de nos malades qui ont pu suivre le traitement indiqué et d'une façon complète. Les autres, pour des raisons spéciales, ont dû interrompre leur séjour à la Source et de ce fait n'ont pu arriver à une cure parfaite. C'est pour ceux-là le retour à l'alcool à échéance plus ou moins longue, mais inévitable, car *on n'améliore pas la maladie alcoolique, elle existe ou elle disparait*, il n'y a pas de milieu.

Afin de bien nous convaincre et sans en avoir nulle honte, que l'alcoolisme est bien une maladie et non un vice, que pour cette raison il atteint au même titre l'être le plus vulgaire, et l'être le plus éduqué appartenant aux familles les plus respectables, les plus simples comme les plus aisées, n'hésitons pas à dire ici les situations diverses de ces 39 malades :

- 2 avocats,
- 3 médecins,
- 1 pasteur,
- 2 financiers,
- 5 rentiers (famille d'officier de marine, de gros industriel, etc...),
- 2 ingénieurs,
- 1 secrétaire général de préfet,
- 1 gros propriétaire campagnard,
- 3 officiers,
- 5 notables commerçants,
- 2 percepteurs,
- 2 chimistes,
- 1 grand filateur,
- 1 receveur d'enregistrement.

Les 7 femmes également traitées à La Source appartiennent à des familles de notaires, de médecins, de banquiers et de commerçants.

Il n'y a donc pas à se le dissimuler : dans les meilleurs milieux, dans les milieux les plus éclairés l'alcoolisme sévit, et nul des individus atteints, aucune des familles frappées n'a à s'en cacher. La cause unique en est à l'ignorance du mal, à l'idée fausse qu'on se faisait de cette affection qui jusqu'ici, regardée comme un vice, ne donnait point l'impression pénible causée par toute autre maladie. Main-

tenant que nous savons à quoi nous en tenir, que personne n'hésite à prévenir le mal en s'unissant aux efforts multiples déployés par les différentes lignes antialcooliques, mais surtout que chacun s'applique à guérir ceux qui sont atteints, puisque guérison il y a ; c'est encore une manière des plus efficaces de prévenir le mal, puisque parmi les éprouvés nous rencontrons en si grand nombre de futurs pères et aussi de futures mères de famille.

N. D. L. R. — Mme Legrain, apôtre impatiente, écrit ces mots : « *On parle trop, on n'agit pas assez.* »

C'est aussi ce que ne cessent de répéter les fondateurs du *Collège maritime des Corbières.*

Et, à ce propos, quand donc tous les convaincus des Congrès contre la tuberculose, des Ligues hygiène scolaire, etc... mettront-ils leurs prescriptions et leurs actes d'accord avec leurs paroles ? Nous laissera-t-on toujours uniquement en présence d'une clientèle exotique ?

Nous avons pourtant assez écrit que là était la véritable destination de l'établissement, très accessoirement utilisé comme maison de repos à la mer pendant les vacances. Mais ceux qui émettaient des vœux si éloquents semblent tout étonnés d'avoir été pris au sérieux par des confrères.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

A petits pas !

La notion de l'utilité des syndicats fait son chemin ; à chaque séance du Syndicat de Toulouse, de nouvelles demandes d'admission sont accueillies, et c'est surtout la jeune génération qui manifeste ainsi un degré de culture sociale que n'ont su, probablement, acquérir que peu de ses devanciers.

Il faut croire que c'est une affaire d'éducation, que naguère le besoin d'association, le sentiment de la force nouvelle qui s'acquiert par l'organisation professionnelle, étaient choses insoupçonnées — on ne peut dire inutiles — car lorsqu'on a l'occasion de converser d'intérêts professionnels avec certains confrères qui sont nos anciens et quelquefois nos camarades d'étude, et de leur proposer une adhésion au Syndicat, les objections qui se présentent sont toujours les mêmes et si banales, si stéréotypées, qu'on a peine à croire qu'elles soient autre chose qu'une force d'inertie qui se déguise, ou une ignorance des conditions sociales actuelles qui ne souhaite pas être instruite.

Qu'on ait des intérêts professionnels ? — Oui, certes, on l'admet. — Qu'il faille s'en préoccuper ? — Assurément. — Les défendre ? Oui, mais...

— Mais quoi ?

— Vous n'êtes pas assez nombreux au Syndicat. — D'abord, mon cher ami, je viens justement de vous dire que nous étions en progression marquée. Et puis, si vous êtes nombreux à attendre d'être le dernier, cela pourra durer. Votre rôle n'est pas de suivre, mais d'agir avec indépendance, en homme qui a conscience de ses actes.

— Peut-être, mais...

— Mais quoi encore ?

— Vous ne faites rien au Syndicat.

Qu'en savez-vous, si vous n'y venez pas, si vous ne lisez pas la *Fédération* ? Puis, laissez-moi vous répondre. Et d'abord nous existons, c'est-à-dire que nous sommes les représentants de la profession médicale ayant autorité, et les syndicats sont *seuls* dans ce cas en face de la loi. C'est donc avec *nous* que correspondent les autorités, ministres et préfet, lorsque les intérêts professionnels sont en jeu ; ce sont *nos* avis qu'ils demandent, *nos* tarifs que consultent les tribunaux en cas de différend porté devant eux ; c'est *nous*, Syndicat, et non vous, médecins isolés, qui élisons les représentants officiels de la profession médicale, par exemple au Conseil supérieur de la mutualité ; enfin c'est *nous*, Syndicat, qui seuls avons le droit de défendre devant les tribunaux les intérêts professionnels collectifs menacés. C'est donc quelque chose déjà que d'exister.

Mais ce n'est pas tout. Le Syndicat a pris une part active, dans toutes les occasions qui lui ont été offertes, aux entreprises de défense des intérêts médicaux et parce que son action s'est confondue généralement avec celle des autres associations corporatives, ce qui était nécessaire pour la rendre plus efficace, il n'y a pas là une raison pour la méconnaître. Enfin, il a adouci plus d'une difficulté locale et s'il n'a pas joué plus souvent son rôle ici même, c'est tout simplement parce qu'il ne réunit encore qu'une partie insuffisante du corps médical toulousain. Voyez ailleurs, chez nos confrères du Tarn, de Lot-et-Garonne, pour ne citer que ceux qui sont voisins, la place absolument prépondérante de leurs Syndicats dans toutes les questions qui intéressent la collectivité du corps médical. S'il n'est pas du tout nécessaire d'être l'unanimité, encore faut-il être une majorité suffisante.

— Je le veux bien, mais... — Encore un mais ? — C'est le dernier : dites moi donc pourquoi des médecins qui n'ont pas la sympathie générale ont une place notoire dans le Syndicat ?

— Pardon, votre observation, mon cher ami, ne saurait en aucune façon s'appliquer à qui que ce soit des membres de notre bureau ; épluchez en la liste avec soin, et vous verrez. Ne nous chargez pas des péchés d'Israël, et s'il est vrai que certains Syndicats, au début, aient mérité pareil reproche, à qui la faute ? Des médecins entreprenants et parfois peu scrupuleux sont-ils dans un Syndicat ? Ils ne peuvent être qu'une infime minorité si l'ensemble des médecins ne se désintéresse pas de son devoir corporatif. A vous donc d'entrer dans un Syndicat et le bureau sera votre élu. Comment ! vous connaissez le rôle officiel, légal du Syndicat et vous laisseriez à des influences qui vous déplaisent le soin de représenter les médecins, vous comme vos confrères ; vous savez quelle influence le Syndicat est susceptible d'acquérir, et vous la laissez accaparer par d'autres que ceux qui ont votre sympathie, alors qu'il vous suffirait d'un vote pour tout modifier, car, dans une association professionnelle restreinte, vous ne pouvez douter que les solutions sages ne prévalent aisément...

Nous étions trois. L'un de mes interlocuteurs

se laissait volontiers convaincre. Avec un peu de réflexion, il sera membre du Syndicat. Le second était plus silencieux ; ils sont encore nombreux ceux qui ne peuvent se débarrasser des préjugés tenaces contre le droit d'association. Nous avons des mœurs d'Empire, et nous nous croyons en démocratie. Savoir représenter et défendre nous-mêmes nos intérêts par nos syndicats sans tout attendre de l'Etat puissant et jaloux de toute association, c'est aller contre un siècle d'individualisme outré. Cela sera, mais c'est dur.

Victor PARANT.

(In *Fédération médicale du Sud-Ouest.*)

Le médecin-pharmacien devenant la règle et non l'exception.

Sully, 20 septembre 1906.

Mon cher confrère,

J'ai lu avec un vif intérêt les divers articles sur l'entente des professions sœurs et j'applaudis à l'inséparabilité (pardon du mot) de la médecine et de la pharmacie.

Le médecin doit connaître les remèdes qu'il ordonne, le pharmacien ne doit connaître que ses remèdes, voilà le fait.

Tout autre est la pratique :

Le médecin étudie soigneusement la médecine et la chirurgie et sur 7 ans emploie 3 ou 4 mois à la pharmacologie, étudiant de vagues droguiers et possédant à la suite de ses études de vagues notions sur les drogues et leurs incompatibilités.

Bienheureux ceux qui ont pu faire des remplacements à la campagne chez un médecin faisant la pharmacie ; après avoir fabriqué sous le nom de potions quelques mélanges innommables, ils prennent la notion de la limpidité des préparations, celle des associations harmonieuses et savent se débrouiller au milieu des alcoolatures ou teintures de feuilles ou de racines.

S'ils ont eu ce bonheur, les pharmaciens qui exécuteront leurs ordonnances n'auront plus à présenter triomphalement au client le résultat trop souvent fantastique de leurs ordonnances, par exemple une pâte formolée à la gélatine que le malheureux client pourra chauffer longtemps avant de s'en servir !

De plus, suivant les fournisseurs et, par suite, suivant les pharmaciens, les produits varient et le médecin, n'obtenant pas l'effet voulu, ne sait à quel saint se vouer.

S'il se sert lui-même toujours des mêmes produits, il a toujours les mêmes effets. Il n'y a qu'un revers à la médaille : si le client est mauvais, il perd non seulement son temps mais ses fournitures, à moins que le pharmacien le plus proche ne consente sur ordonnance à perdre un peu aussi.

Conclusions :

Fusion des facultés de médecine et de pharmacie, ce qui rendra les études plus dures et, en augmentant de 2 ans le temps de scolarité, limitera le nombre des médecins et en fera de bons chimistes, de bons bactériologistes (ce qui est si rare chez un médecin) et par-dessus tout de bons thérapeutes et experts.

Ceux qui voudront ne faire que de la médecine sont libres de laisser à d'autres, qui ne voudront faire que de la pharmacie, le soin d'exécuter leurs ordonnances.

Si on ne veut pas fusionner les facultés, on peut obliger les étudiants à poursuivre simultanément les deux diplômes.

Il y a beaucoup de docteurs-pharmaciens, et je ne crois pas que leur encéphale porte de grandes traces de surmenage ; seulement presque tous exercent surtout la pharmacie, car la consultation se paie de 2 à 5 fr. et l'exécution d'une ordonnance de 3 à 15 fr. et quelquefois plus.

Que les journaux politiques se lancent sur cette voie et je vous garantis que cette solution sera vite acceptée, car elle ne fera que consacrer ce qui se passe en bien des pays.

La seule difficulté est une mesure transitoire : permettez l'association des médecins et des pharmaciens et tout ira pour le mieux dans le meilleur des mondes ... même les malades !

Veuillez agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr M. MEUNIER.

La liberté de confiance à propos des médecins de théâtre au XVIIIe siècle.

Dans la *Chronique médicale* (no du 1er août 1906), sous la signature de G. Capon, nous lisons que le sieur Fontaine, chirurgien extraordinaire de S. A. S. Mgr le prince de Conty, adressa au Comité de l'Opéra en 1782, sous les auspices de Mlle Guimard, une requête en vue d'obtenir la place de médecin en chef de ce théâtre.

« S'étant voué, dit-il, avec autant d'empressement que de désintéressement à donner du secours à ceux qui sont pris par des accidents subits, dont les occasions sont fréquentes, ne pouvant se dissimuler que les soins qu'il donne aux sujets de l'Académie Royale de musique sont pris sur un temps qu'il pourrait employer également au service de l'humanité et au bénéfice de sa fortune, il a l'honneur de prier Messieurs du Comité d'examiner attentivement les principes de sa demande et de statuer un arrangement fixe qui puisse l'attacher particulièrement à ce spectacle ; pour lors il se trouvera plus en état de sacrifier son temps à l'Opéra que dans les maisons particulières de tous les membres de ce spectacle, etc.... »

Le Comité, en adressant cette demande au Ministre, crut devoir lui représenter que « *chacun, en fait de sa santé, ayant une confiance établie* », laquelle ne pouvait être détruite par le titre et l'arrangement fixe que demandait M. Fontaine, la création d'une telle place serait non seulement à charge à l'Académie, mais pourrait éloigner les chirurgiens d'un mérite reconnu qui donnaient alors leurs soins bénévolement aux malades....

Le chirurgien Fontaine fut-il nommé médecin du théâtre, on ne nous le dit pas, mais s'il ne faut pas nous étonner de trouver au XVIIIe siècle, comme au nôtre, des médecins recherchant les places officielles et les titres, n'est il pas curieux de voir invoquer par les intéressés, à l'époque des privilèges par excellence, cette « *liberté de confiance* » pour laquelle *le Concours* mène le bon combat et qu'il est si difficile de faire ad-

mettre par ces temps de république démocratique et sociale !

D[r] A. Lebeaupin.
Méd. consult. à Vichy.

Le certificat d'études médicales supérieures.

Le Syndicat médical de Lille et de la région.

Réuni en séance extraordinaire, le 21 septembre 1906, à l'effet :

D'examiner la question du certificat d'études médicales supérieures, lequel menace le praticien dans ses intérêts et dans sa dignité,

Et d'étudier les mesures qu'il convient de prendre pour parer au danger ;

Considérant, d'une part :

1° Que le certificat d'études médicales supérieures est institué, d'après ses auteurs pour relever le niveau scientifique du Corps Enseignant, et. par suite, du Corps des Praticiens ;

2° Que le relèvement scientifique du Corps Enseignant dépend, non de l'obtention préalable, par ses membres, d'un certificat intermédiaire entre le doctorat et l'agrégation, mais bien de la valeur réelle des épreuves d'agrégation ;

3° Que la création d'un certificat supérieur, accessible seulement à une *minorité*, loin de relever le niveau scientifique général, ne pourra que déconsidérer le doctorat et abaisser le niveau des études qui y mènent ;

Considérant, d'autre part :

1° Que la création de ce certificat aura pour effet de diviser le Corps Médical en deux castes : les docteurs en médecine, ou *médecins inférieurs* ; les titulaires du certificat, ou *médecins supérieurs*; et de rétablir un officiat de santé à peine et justement aboli ;

2° Qu'aucune considération ne peut militer en faveur de cette division, vu que :

Ou bien les médecins actuels sont, d'une manière générale, à la hauteur de leur mandat, et il n'est pas besoin de créer une classe de médecins soi-disant supérieurs ;

Ou bien ils sont, dans leur ensemble, inférieurs à leur tâche, et il ne suffit pas, dès lors, de donner une instruction plus forte à une *minorité* ; il devient urgent de prendre les mesures nécessaires pour que *tous* les praticiens possèdent l'instruction voulue ;

3° Qu'il s'agit ici, non seulement de l'intérêt du praticien, mais aussi et surtout de l'intérêt du malade, et, partant, du pays lui-même ;

Considérant enfin :

1° Que le relèvement scientifique du praticien dépend, non d'une réforme plus ou moins banale des études ou du mode de recrutement du personnel enseignant, mais de la transformation radicale d'un *enseignement* universellement reconnu défectueux et insuffisant ;

2° Qu'il importe moins, par conséquent, de discuter comment *se recruteront* les professeurs, que d'établir comment ils *enseigneront*, ce dont les promoteurs du décret ont omis, précisément, de se préoccuper ;

Décide :

Le Syndicat médical de Lille et de la région :

1° Proteste avec énergie contre le décret de création d'un certificat d'études médicales supérieures ;

2° Charge son bureau de saisir la Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais :

3° Fait appel à tous les praticiens de France, à tous les groupements professionnels, à tous les organes de défense ;

4° S'associera à toutes mesures susceptibles de faire rapporter le décret du 25 juillet 1906, tel qu'il a été conçu ;

5° Propose dès maintenant, pour faire bloc avec toutes les forces cohérées de la démocratie médicale, l'organisation d'un vaste Congrès des Praticiens de France ;

6° Fera tenir copie de cet ordre du jour au Ministre de l'Instruction publique ; à tous les Syndicats médicaux ; à tous les confrères sénateurs ou députés ; à tous les sénateurs, députés et conseillers généraux du Nord et du Pas-de-Calais.

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

Le Cateau, le 23 septembre 1906.

Mon cher confrère,

Etant allé, ces temps derniers, faire une saison à Châtel-Guyon, j'en ai profité pour voir d'anciens camarades et leur parler du *Concours* et de ses œuvres filiales. Je crois en avoir fait des demi-adeptes tout au moins ; à vous de faire le reste en leur faisant parvenir le plus tôt possible les statuts de l'Association amicale des médecins français, du Patronage Médical et de la Caisse des pensions de retraite. Quant au « Sou médical », cette œuvre m'a semblé ne pas les intéresser bien vivement, car leur situation privilégiée de médecins de villes d'eaux ne les expose pas aux multiples ennuis auxquels nous sommes exposés nous-mêmes dans la clientèle ouvrière.

Je vous serais donc obligé de vouloir bien faire parvenir de ma part ces statuts aux confrères ci-après désignés :

D[r] Mazeran, Châtel-Guyon.
D[r] Bois, Châtel-Guyon.
D[r] Foucault, Châtel-Guyon.
D[r] Mage, Châtel-Guyon, ce dernier, m'a dit, si j'ai bon souvenir, être déjà abonné au journal le *Concours médical*.

Je vous signale, si vous ne les connaissez déjà, les articles d'André Ibels « les voleurs des pauvres » dans *L'Eclair* des 23, 24, 27, 31 août, 3, 6, 11 septembre derniers. Peut-être seriez-vous à même de le documenter afin qu'il poursuive sa campagne, non seulement en ce qui concerne les abus commis dans les hôpitaux, mais aussi dans les Sociétés de Secours mutuels, l'Assistance médicale, etc.

De l'utilité du « Sou médical ». — J'ai eu à soigner dans les premiers mois de l'année courante un ouvrier qui présentait des symptômes d'appendicite qu'il attribuait à une chute sur le ventre faite pendant son travail, trois semaines avant le début des accidents. Le patron assuré à la M. g. f. vint lui-même chercher le certificat médical que je délivrai en conséquence. La compagnie crut, en raison de la rédaction de ce certificat, sa responsabilité dégagée, mais ne me prévint pas d'avoir à cesser mes soins au blessé pour son compte ou celui du patron. J'étais donc fondé à croire que la Compagnie et le patron reconnaissaient les accidents présentés par le

malade comme imputables à la chute et je continuai à soigner celui-ci dans cette idée. La guérison survenue, la Compagnie commença à refuser l'indemnité de l'ouvrier, sous le prétexte que le certificat médical n'établissait pas un rapport de cause à effet entre l'accident et la maladie. Le pharmacien, ayant fourni sa note, se vit également opposer une fin de non recevoir. Alors, j'écrivis moi-même à la Compagnie en ces termes : « M. X..., pharmacien, m'apprend que vous refusez le paiement des médicaments fournis au nommé Y..., ouvrier de M. Z... votre assuré, sous prétexte que le certificat que j'ai délivré n'attribue pas les accidents présentés par le malade à la chute faite quelque temps avant. Vous êtes libre d'interpréter mes certificats comme bon vous semble en ce qui concerne l'indemnité à verser à l'ouvrier, mais du moment que vous ne me demandez aucune explication et que vous ne prévenez pas que j'aie à cesser de soigner l'ouvrier à votre compte je dois considérer que vous acceptez la responsabilité du paiement. J'ai donc l'honneur de vous informer que si dans les huit jours je n'ai pas reçu le montant de mes honoraires, s'élevant à la somme de....., j'intenterai une action judiciaire à l'ouvrier et au patron votre assuré, par l'intermédiaire du « Sou médical ». Quarante-huit heures après, la Compagnie me répondait : « Nous ne nous expliquons pas les termes de votre lettre d'hier, étant donné que nous n'avons jamais refusé le paiement de votre note d'honoraires. En principe vous devez réclamer le paiement au patron qui seul a le droit de nous obliger au remboursement si les termes de son contrat nous obligent dans la circonstance et nous ne croyons pas que ce soit le cas pour la maladie de l'ouvrier Y... Mais comme nous sommes ennemis des difficultés, veuillez nous envoyer votre note détaillée que nous vous paierons après examen. »

Huit jours après, j'étais payé intégralement, alors que le pharmacien n'a encore rien obtenu malgré ses demandes réitérées.

Réponse au Dr A. D. (Correspondance : gare aux pudiques anglaises, n° 33 du *Concours médical*). Vous n'êtes pas le seul à avoir été visé par la bande qui pratique l'escroquerie à l'accouchement; je connais une sage-femme de campagne qui a été assez naïve pour y laisser quelques plumes, malgré mes conseils.

Réponse au Dr M. de Ch. (Correspondance hebdomadaire du n° 37) : Méthode de Bier : in *Bulletin médical* 22 avril 1905, page 365, 10 août 1904, p. 734, 17 décembre 1904, p. 1094 et *Monde médical*, 15 septembre 1906.

A propos des prétentions du potard breton que vous exposez dans votre article « La médecine aux pharmaciens » du n° 38 du *Concours*. Un texte de loi dit : « Nul n'a le droit de donner, même un bien, s'il doit nuire de ce fait au commerce d'autrui. » Il en résulte que je n'ai pas le droit de donner à des gens même nécessiteux mes vieux souliers ou mes vieux habits puisque de ce fait je nuirai au commerce du cordonnier ou du tailleur voisin. Une semblable prétention de la part de ceux-ci serait absurde ; pourquoi ne le serait-elle pas aussi bien de la part du potard qui prétendrait m'empêcher de donner à nos malheureux les médicaments qui lui sont nécessaires. Si j'ai le droit de donner un morceau de pain à un pauvre diable au lieu de lui donner les deux sous nécessaires à l'achat de ce morceau de pain, j'ai également le droit de lui donner un litre de vin de quinquina au lieu des cent sous qui lui seraient nécessaires pour l'acheter chez le potard : seule la caisse de ce dernier en souffrira un peu.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr A. Piot,
correspondant de la Loire

Les services que rend le Concours.

Damiatte Saint-Paul (Tarn), le 24 septembre 1906.

Mon cher Directeur,

Je suis heureux de vous informer que j'ai fait une nouvelle recrue pour le « Sou » : M. le Dr Herrero, de Vielmur-sur-Agout (Tarn), qui a dû vous adresser ou vous adressera sous peu sa cotisation pour 1906. Je suis heureux de constater que même nos vieux confrères se rendent compte de la valeur de l'œuvre du Concours.

J'ai le plaisir de vous adresser ci-inclus, avec prière de me la retourner si possible, une lettre de l'Académie dermothérapique de Paris adressée à une « *paralysie progressive* », vous m'obligeriez s'il vous était possible de me donner par votre journal quelques renseignements sur la valeur de cette académie et sur son spécialiste (le Dr Guérin, chevalier, etc, etc.), car cela intéresse deux confrères et aussi la personne à qui est adressée la lettre : inutile d'ajouter qu'à cette lettre était jointe une facture de médicaments à payer contre remboursement.

Ce petit renseignement permettra de faire constater à nos confrères que nulle question ne laisse indifférents les membres du Concours. Cet organe rend surtout aux médecins des campagnes de nombreux services. Pour ma part, grâce à vos bons conseils et à ceux de notre excellent secrétaire général du « Sou », j'ai pu dans deux cas obtenir gain de cause : 1° contre une compagnie d'assurances qui n'avait que la prétention de réduire ma note basée sur le tarif ministériel, et qui en fin de compte a consenti même à payer les frais de justice sans jugement.

2° Contre une nourrice qui se refusait à payer les visites faites à son nourrisson et qui a dû s'exécuter de bonne grâce dès qu'elle s'est vue devant le juge de paix.

Il est certain que, pour le médecin de campagne, le *Concours* est un journal indispensable si ce médecin ne veut pas être à la merci de tous les exploiteurs de notre profession.

Votre tout dévoué,
Dr Thadée,
Correspondant du Tarn.

Réponse. — Nous sommes heureux d'enregistrer votre précieux témoignage. Il est d'ailleurs à constater que les praticiens des campagnes (le Sou en sait quelque chose) sont bien plus renseignés que ceux des grandes villes sur leurs droits, leurs devoirs, leurs moyens de défense, quoique ces confrères urbains (qui nous lisent moins attentivement) aient la douce suffisance de croire le contraire. Ils vivent souvent, grâce à cette idée, dans une insécurité qui nous frappe de stupéfaction quand, au premier accident qui leur arrive, ils se précipitent ici tout désemparés. Quel que soit leur âge, ils ont toujours l'air de sortir de la Faculté.

Voilà pourquoi faire de la propagande comme vous le faites est une bonne action et un devoir de solidarité.

Valeur de l'Académie dermothérapique : le Congrès d'exercice illégal l'a classée parmi les instituts charlatanesques.

CORRESPONDANCE

Toujours la fumisterie des médecins assermentés.

Mon cher et honoré confrère,

Je m'adresse au « Concours médical » pour avoir la solution de la question suivante relative aux médecins assermentés. Qu'est-ce que cela veut dire ? Et le fait d'avoir prêté serment permet-il donc à deux de nos confrères d'empiéter constamment sur notre clientèle quand cette clientèle appartient aux employés de certaines administrations comme celle des postes et télégraphes.

Je soigne actuellement une employée de cette administration. Je lui ai fait cinq visites à trois francs qu'elle m'a payées comptant. Je lui ai délivré un certificat pour l'obtention d'un congé de quinze jours qu'elle m'a payé, un second pour une prolongation de ce congé, qu'elle m'a payé.

L'administration exige qu'elle aille voir un des deux médecins assermentés qui moyennant 5 francs lui donnera un autre certificat ou le lui refusera.

Il y a là un abus et si je m'alarme aujourd'hui c'est que c'est la 3e fois que pareil fait se présente dans ma clientèle de débutant. Les employés se plaignent, mais pour éviter des histoires vont porter leur argent au « monsieur assermenté ».

Il a dû y avoir des précédents. Quelles sont les justes récriminations que les médecins non assermentés peuvent adresser en pareil cas ? Que dit la loi à ce sujet ? Et le libre choix, qu'en fait-on aux postes et télégraphes ?

Je vous serai reconnaissant de me répondre par la voie du *Concours* en ne faisant pas connaître mon nom autrement que par des initiales. Je me doute bien que ces confrères assermentés ont autant de droits que les soi-disant médecins de la Cie que les assureurs cherchent encore (moyennant bénéfice sans doute) à imposer à leurs blessés.

Nous avons ici un syndicat des médecins et une fois fixé sur la question, je compte bien porter cette question à l'ordre du jour, ce que sans doute on n'a pas encore fait pour ne pas avoir l'air de viser M. X. ou M. Z. (rengaine des situations acquises avant la fondation du syndicat).

N. D. L. R. — Il y a deux ou trois ans, M. Sembat, député de la Seine, rapporteur du budget des postes, s'est élevé contre l'impôt prélevé sur les employés par cette obligation de se présenter aux médecins dits assermentés. On a vainement cherché dans une loi l'origine de cette création : elle est née tout simplement de l'inspiration administrative des régimes monarchiques, de ses tendances à nous mêler à ses procédés policiers. Quelques médecins, généralement des invalides ou des fanatiques de l'autoritarisme, se faisaient ainsi de petites rentes aux dépens de ces pauvres diables de fonctionnaires : ils collaient sur le papier des diagnostics express sans se soucier de ceux des médecins traitants.

L'administration a-t-elle changé ses habitudes ? Non, elle a toujours des créatures auxquelles reviennent ces faveurs. Les changera-t-elle ? Nous croyons qu'il n'y faut guère compter.

Mais l'esprit syndical n'admet pas que certains confrères se laissent ainsi donner ces ridicules monopoles d'un contrôle qu'ils ne font d'ailleurs presque jamais. C'est donc à nous-mêmes, par nos syndicats, qu'il appartient de tuer, par le refus, le recrutement de ces sinécures tracassières.

Les situations acquises, surtout quand elles sont du genre de celles-là, ne nous inspirent pas plus de respect qu'à notre correspondant : l'intérêt commun les condamne, le syndicat doit les faire disparaître.

Pour rémunérer le chirurgien d'hôpital sur le prix de journée des accidents du travail.

Mon cher confrère,

Au nom de nos confrères annonéens, dont l'entente depuis bien des années déjà est parfaite, je viens, un des plus anciens, sinon le plus ancien membre du Concours de la région et son dévoué propagandiste, recourir à votre obligeance et vous prier de nous documenter sur la question du prix des journées d'hospitalisation des accidentés du travail.

A Annonay, il est de deux francs, ne comportant aucune majoration qu'autorise la loi. Nous désirerions obtenir du conseil d'administration, qui est raisonnable, qu'il soit porté pour cette classe d'hospitalisés à 3 francs et que la différence de un franc soit attribuée aux médecins.

Nous vous serions reconnaissants de nous fournir, avec votre grande expérience, le canevas de l'argumentation à développer avec un exposé de considérations qui justifient cette demande, la citation précise des textes de loi lui servant de base et la nomenclature des diverses localités où pareille mesure a déjà été prise et servant de précédents.

C'est, en résumé, un travail un peu complet, complet même que nous vous demandons, plaidoyer solidement établi qui constituerait un fort intéressant article pour le *Concours* et qui serait de la plus grande utilité pour tous les médecins d'hôpital.

Je vous remercie d'avance et vous prie de croire à mes sentiments les plus dévoués.

Dr L. Plantier.

Réponse. — Pas n'est besoin d'un plaidoyer en règle et d'une argumentation à perte de vue. La circulaire préfectorale par laquelle votre commission hospitalière a été invitée à se conformer à l'application du célèbre « *Tout compris* », prévoit, dans le prix de la journée qui sera fixé par la commission, la possibilité et la légitimité d'attribuer une part aux chirurgiens : 1 fr., 0,75, 0,50, suivant les cas. Cela s'est fait dans tous les endroits où les confrères l'ont voulu, et nous vous citerons parmi les cas signalés dans nos colonnes, Meulan (S.-et-O.), Chevreuse (S.-et-O.), Albertville (Savoie), etc...

Le seul point délicat est la fixation du chiffre : c'est question de circonstances locales, et nous ne pouvons pas en être aussi bons juges que vous.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Association Amicale Maladie.

Séance du 27 septembre 1906.

Présents : MM. Maurat, Lepage, H. Cézilly, Gassot, Mignon, Divernèresse et Jeanne.

Après avoir voté les indemnités et admissions, dont listes ci-dessous, le Conseil entend la lecture du rapport de M. Fleury, actuaire, sur les résultats de l'inventaire sexennal qui vient d'être effectué.

Il est décidé que ce rapport sera publié avec le compte rendu de la séance préparatoire de l'Assemblée générale et avant celle ci.

Le Conseil y ajoutera les très petites modifications qu'il compte demander à cette assemblée. Celle-ci est fixée au lundi 17 décembre, au siège social, 23, rue de Dunkerque, à dix heures du matin.

Indemnités.

60	30 jours	300	»
64	Double cure thermale	200	»
66	29 jours	290	»
70	60 jours + 1 mois et 4 jours chron.	713	30
73	Indemnité thermale	100	»
80	3 mois	300	»
132	6 jours	60	»
147	3 mois	300	»
150	3 mois	300	»
164	Cure thermale	100	»
173	3 mois	300	»
179	3 mois	300	»
186	3 mois	300	»
208	3 mois	300	»
221	28 jours	280	»
224	Cure thermale	100	»
238	3 mois	300	»
244	19 jours	190	»
286	3 mois	300	»
301	14 jours	140	»
315	12 jours	120	»
332	60 jours à 10 fr. + 29 jours chron.	696	55
372	3 mois	300	»
378	3 mois	300	»
386	Cure thermale	100	»
421	3 mois	300	»
423	60 jours à 10 fr. + 3 jours chron.	610	»
439	53 jours	530	»
453	11 jours	110	»
455	23 jours	230	»
500	13 jours	130	»
508	3 mois	300	»
516	9 jours	90	»
561	6 jours + cure thermale	160	»
578	7 jours	70	»
595	15 jours	150	»
609	7 jours	70	»
610	9 jours	90	»
672	42 jours	420	»
716	Cure thermale	100	»
734	27 jours	270	»
737	60 jours à 10 fr. + 5 jours chron.	616	65
739	37 jours	370	»
741	12 jours	120	»
749	25 jours à 10 fr. + 2 m. et 6 j. chron.	270	»
758	60 jours	683	25
773	7 jours	70	»
796	18 jours + cure thermale	280	»
808	9 jours	19	»
855	4 jours chron.	13	30
862	19 jours	190	»
904	60 jours à 10 fr. + 6 jours chron.	620	»
907	1 mois chron	100	»
938	Cure thermale	100	»
957	27 jours à 10 fr. + 1 m. et 18 j. chron.	429	95
963	40 jours	400	»
970	3 mois	300	»
1018	3 jours	30	»
1024	Indemnité thermale	100	»
1101	6 jours	60	»
1115	34 jours	340	»
1117	14 jours	140	»
1149	29 jours	290	»
1154	16 jours à 10 fr. + 2 m. et 15 j. chron.	410	»
1168	3 mois	300	»
1171	13 jours	130	»
1177	3 mois	300	»
1207	26 jours	260	»
1225	2 jours à 10 fr. + 2 m. et 29 j. chron.	316	55
1226	11 jours	110	»
1247	10 jours	100	»

Admissions.

Combinaison A.

MM.

Guéneau, à Argent (Cher).
Ferry, à Mur-de-Sologne (Loir-et-Cher).
Esmonet, à Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme).
Sassier, à Paris, 44, avenue des Gobelins.
Launay, à Angers (Maine et-Loire).
Ollagnier, à Saint-Etienne (Loire).
Souchon, à Nîmes (Gard).
Foucaud, à Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme).
Hocquette, à Sains-Richaumont (Aisne).
De Maillasson, à Châteaupousac (Haute-Vienne).
Vimont, à Paris, 8, rue Etienne-Marcel.

Combinaison C.

Monier, à Cassaigne (Oran).
Renault, à Bessé-sur-Braye (Sarthe).

Syndicat Médical de Mortagne.

Séance du 1er Mai 1906.

Présidence du Dr G. Levassort.

Présents : MM. Aury, trésorier, Bire, Boutron, Brisard, Chamousset, secrétaire, Clupot, Jamin, Joly, Lemoine, Mortagne, Pinoche, Ragot.

Excusés : MM. Belier, Bouteillier, Crosnier, Decuyper, Lévy, Smizielski.

On lit le compte rendu de la séance du 1er octobre 1905, qui est adopté sans observations.

Le Président donne lecture de plusieurs lettres de démission.

1° Celle de M. Garnier. Comme ce confrère ne donne aucune raison valable pour se retirer du Syndicat dont il fait partie depuis son arrivée à Moulins-la-Marche, qu'il a toujours été pour nous tous d'un commerce sûr et agréable, que tous ses confrères de la région n'ont jamais eu qu'à se louer de leurs rapports avec lui, sa démission est refusée à l'unanimité.

2° M. Martelli nous écrit qu'un nouveau syndicat médical s'étant formé à Evreux, il prie ses confrères d'accepter sa démission à seule fin d'entrer dans le nouveau groupement professionnel du chef-lieu de son département.

M. Martelli est un des membres fondateurs de notre Syndicat, il est le seul des médecins de l'Eure venus à nous dès la première heure qui nous soit resté fidèle jusqu'à ce jour. Tous nos confrères de l'Eure, en 1888, nous avaient quitté pour fonder un syndicat à Verneuil, tentative qui n'a pas abouti.

Nous souhaitons que les médecins d'Evreux soient plus heureux. Puissent-ils, avec le concours de M. Martelli, fonder une association agissante et défensive des intérêts du corps médical.

Pour témoigner une fois de plus le regret que nous cause le départ de M. Martelli, le Président propose de lui décerner le titre de membre honoraire de notre Syndicat. Cette proposition est votée à l'unanimité.

3° M. Roué, installé depuis peu à Longny, avait été reçu à la dernière séance membre du Syndicat. Il informe notre Président qu'ayant trouvé ailleurs une situation plus avantageuse, il a le regret de donner sa démission.

4° Enfin M. Larigaudry, de Nocé, donne sa démission.

Le Dr Steinard, *qui a remplacé* à Nonant-le-Pin notre collègue le Dr Clupot, installé à Sainte-Gauburge depuis la mort du regretté Dr Forget, demande à faire partie de notre Syndicat. Il est présenté par MM. les Drs Mortagne et Clupot.

Service de la vaccine.

Pour en finir avec la question du service de la vaccination qui a si copieusement défrayé nos dernières réunions, le Président donne lecture de la lettre suivante qui lui a été adressée, le 20 février dernier, par le Dr Yver, de Flers.

Flers-de-l'Orne, le 20 février 1906.

Mon cher Confrère,

Vous avez eu, il y a quelques mois, l'amabilité de nous adresser les très sages décisions prises par les médecins de l'arrondissement de Mortagne pour le prix des vaccinations obligatoires. Malgré cela, l'arrêté préfectoral maintient les prix vraiment dérisoires adoptés par le Conseil général. Mes collègues de Flers m'ont demandé de les réunir pour savoir ce que nous devons faire et je désire connaître les intentions de nos excellents confrères dont vous nous avez dit les desiderata.

Je vous serais donc très obligé de me dire quelle suite vos syndiqués vont donner aux arrêtés préfectoraux et si vous maintenez les prix que vous avez fixés.

Si oui, je demanderais à mes confrères de marcher complètement avec vous.

Si tous les médecins du département voulaient s'entendre, les conseillers généraux seraient bien obligés d'ouvrir les cordons de la bourse que nous remplissons, du reste, avec les autres contribuables, et l'exploitation, vraiment exagérée, du corps médical, prendrait fin.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués.

Dr YVER.

M. le Président a répondu que les membres du Syndicat et les confrères réunis à Sainte-Gauburge étaient bien décidés à persister dans leurs résolutions.

A ce propos, il fait connaître que notre sympathique vice-président, le Dr Bouteiller, vient de lui écrire que le Conseil général, ému par les protestations du corps médical tout entier contre la tarification de la vaccine à 0 fr. 50 (le département fournissant le vaccin) a adopté, dans sa session d'avril dernier, les conditions suivantes pour l'exécution de cet important service.

A partir du 1er janvier 1907 :

Il n'y aura plus qu'une séance annuelle de vaccination et revaccination, suivie à huitaine d'une séance de révision ;

Les vaccinateurs fourniront le vaccin ;

Il leur sera alloué :

1° La somme de 0 fr. 75 par opération de vaccine ou revaccination ;

2° Une indemnité de 0 fr. 50 par kilomètre à l'aller seulement ;

3° Une indemnité de 3 francs pour la séance de révision en sus de l'indemnité kilométrique.

Ce résultat n'a pu être obtenu que grâce à l'entente parfaite de tous les médecins du département dont notre Syndicat s'était fait le porte-parole autorisé.

M. le Président met donc aux voix l'acceptation du nouveau tarif.

A l'unanimité des quatorze membres présents, il est accepté. En conséquence, une circulaire sera envoyée à tous les médecins du département pour leur faire connaître qu'il y a lieu de reprendre à partir d'aujourd'hui, le service de la vaccination.

Accidents du travail.

Le Président donne ensuite lecture de la lettre adressée par lui, au nom du Syndicat, à M. le ministre du commerce au sujet du tarif des accidents du travail.

Monsieur le Ministre du Commerce.

Au nom du Syndicat médical de Mortagne, dont je suis le Président, j'ai l'honneur de vous exposer les observations au sujet du tarif spécial des honoraires médicaux prévu par la loi accidents du travail et paru au *Journal officiel* le 8 octobre 1905.

1° *Taux de la visite dans la résidence.*

En fixant à 1 fr. 50 le prix de la visite dans les localités comptant moins de 5,000 habitants, on porte aux intérêts de certains médecins un préjudice considérable. Vous pourrez constater par les trois certificats ci-annexés et concernant les villes de Mortagne, Laigle et Séez que ce tarif était avant 1901 de 3 francs et 2 francs (minimum) sans compter l'indemnité kilométrique qui se payait en plus.

2° *Suppression de l'indemnité kilométrique dans la commune de résidence.*

Il en est de même lorsqu'on nous supprime l'indemnité kilométrique. Il est des communes très étendues dont le chef-lieu occupe la périphérie, d'où il suit que le déplacement du médecin peut être de plusieurs kilomètres. Dans ces conditions, il est souverainement injuste de supprimer une allocation de déplacement. Cela se

fait pour la médecine légale, il est vrai, mais là les autres parties du tarif sont plus rémunératrices. Dans nos pays à population très disséminée, dans des villages non desservis par des routes, le médecin sera obligé de parcourir à l'aller et au retour, dans des chemins longs et fatigants, une dizaine de kilomètres pour ne toucher que la modique somme de 1 fr. 50 ou de 2 francs. Et cette visite, il ne faut pas l'oublier, peut comprendre également *un pansement simple ou petit pansement* (art. 3, paragraphe Ier). Ce ne sont plus là des honoraires, mais un simple « pourboire ».

3° *Indemnité kilométrique hors de la commune de résidence.*

Les mêmes raisons militent en faveur d'une modification dans la façon de compter l'indemnité kilométrique pour les visites hors de la commune de résidence du médecin (art. 8, paragraphe 2). Pourquoi, en effet, ne compter cette indemnité kilométrique qu'à partir de la limite de la commune de résidence du médecin ? Que veut-on ? Indemniser le médecin de ses frais de transport. Mais ses frais de transport n'existent-ils pas aussi bien sur la commune de sa résidence que sur la commune voisine ?

Il faut considérer, d'ailleurs, qu'il ne sera pas facile de fixer cette limite. Si le médecin prend le chemin de fer, il faudra fixer l'endroit où la ligne quitte la commune de résidence pour pénétrer dans la commune voisine. Si le trajet est effectué en voiture, il faudra établir la même délimitation. Que de complications dans l'établissement des mémoires d'honoraires !

Le tarif que vous avez publié ne devra, soi-disant, être utilisé qu'en cas de désaccord entre les compagnies et le médecin choisi par le blessé. Mais, comme les Compagnies auront toujours intérêt à être en désaccord pour en obtenir l'application, il en résultera que le tarif du juge de Paix deviendra forcément le tarif habituel et que les médecins seront toujours en bien mauvaise posture pour débattre avec les compagnies d'assurances la rémunération de leurs soins.

Je ne veux pas insister plus longtemps, Monsieur le Ministre, sur ces critiques justement fondées. Je ne pourrai que répéter les paroles de MM. Brouardel, Dubuisson et Jeanne à la Commission du tarif-accidents du travail : « Nous avons manifesté notre conviction que la revision de 1907 ne parviendrait pas à respecter les décisions inscrites sur ces points au présent arrêté, sous peine de ruiner par contre-coup la profession médicale dans les campagnes et surtout dans les pays de montagnes ou de population disséminée comme la région bretonne. « J'ajouterai qu'il existe d'autres régions que la Bretagne où la population est disséminée et que le département de l'Orne en fait partie.

Nous réclamons donc :

1° En ce qui concerne les villes de Mortagne, Laigle et Séez, que ces villes soient comprises dans les localités dont la désignation doit être faite par arrêté ministériel après avis de la commission spéciale, c'est-à-dire dans lesquelles le prix de la visite sera fixé à 2 fr. 50 ;

2° Que l'indemnité kilométrique soit comptée, pour les villages situés dans la commune de résidence du médecin, en dehors de l'agglomération où aura lieu la résidence ;

3° Que cette indemnité kilométrique fasse partie de celle accordée pour les communes voisines.

En réponse à cette lettre, M. le Président a reçu du Ministère du Commerce la lettre suivante :

Paris, le 8 février 1906.

Monsieur,

Vous m'avez récemment exposé quel était le sentiment du Syndicat de Mortagne à l'égard du tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail fixé par l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 et vous m'avez adressé à l'appui de vos allégations des attestations de MM. les Maires de Mortagne, Laigle et Séez.

J'ai l'honneur de vous accuser réception de ces communications, dont j'ai fait prendre note en vue d'un examen prochain.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Le Ministre du Commerce,
de l'Industrie, des Postes et Télégraphes,
Par autorisation :
Le Directeur de l'assurance et de la prévoyance sociales,
PAULET.

Assistance médicale des indigents.

Le Président. — Lors de la réunion de la commission pour l'examen des mémoires d'honoraires des médecins et des notes des pharmaciens, M. le Préfet m'a chargé de vous transmettre l'observation suivante. — Jusqu'à ce jour, les médecins envoyaient à la Préfecture les notes de leurs honoraires concernant les indigents notoires, c'est-à-dire recevant des secours de la charité publique ou privée et qui, malgré cela, ne figuraient pas sur les listes d'assistance. M. le Préfet faisait alors payer d'office ces mémoires. Mais il est arrivé que certaines communes ont attaqué des décisions semblables de certains préfets, et que le Conseil d'Etat a donné tort aux Préfets. M. le Préfet m'a donc chargé de vous demander de lui signaler les indigents indûment refusés ou non inscrits. M. le Préfet se fera un devoir d'en soumettre l'inscription à la Commission d'appel composée de M. le Sous-Préfet, du Juge de Paix, du Conseiller général et du Conseiller d'arrondissement du canton.

M. Pinoche. — Le procédé recommandé par M. le Préfet ne manque jamais d'attirer au médecin des désagréments de toutes sortes par suite du mauvais vouloir des maires, etc. Je pourrais vous citer telle commune dont la liste des indigents est absolument vierge de toute inscription par suite du refus systématique d'y faire figurer aucun des ayants droit à cette inscription. Le maire ne manquera pas, vis-à-vis de ses administrés, de faire retomber sur le médecin les frais occasionnés par l'assistance et de le désigner à la vindicte publique.

Je préfère donner gratuitement mes soins aux nécessiteux plutôt que de m'exposer au mauvais vouloir de M. le Maire et de ses conseillers (1).

---

(1) N. D. L. R. C'est trop de faiblesse pour un syndiqué : si chacun raisonnait ainsi, nos ententes seraient toujours stériles.

Le Président. — J'ai reçu de mon homonyme et parent, le Dr Levassort, secrétaire général du Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, un stock d'imprimés que je vais vous distribuer en vous priant de les lire avec la plus grande attention.

Le compte rendu du trésorier, M. Aury, s'établit comme suit :

Recettes.............	581 fr. 33
Dépenses............	504 fr. 55
Excédent....	75 fr. 78

Plus un livret de caisse d'épargne de 1131 fr. 07 intérêts en plus.

L'heure avancée ne permet pas d'épuiser l'ordre du jour.

On se rend à la salle du banquet où un menu délicieux arrosé de vin exquis termine la session.

Le Secrétaire,
Dr A. Chamousset.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Nous adressons nos félicitations aux membres du *Concours* dont les noms suivent, qui viennent d'être nommés:

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Aurégan, de Lannion ; Fie, de Saint-Amand (Nièvre), et Pellegrin, de Villeneuve-de-Berg (Ardèche).

Le PREMIER pansement chez le pharmacien après accident du travail. — Le petit imprimé ci-dessous nous est communiqué par un de nos confrères, avec des noms bien écrits là où nous mettons des initiales.

LA MUTUALITÉ INDUSTRIELLE
36, rue de Berlin, PARIS (8e)

BON DE PREMIER PANSEMENT
pour le pharmacien délégué

Monsieur B..., pharmacien, est prié de donner les premiers soins à Monsieur L. . P..., blessé le lundi 24 septembre 1906, au service de MM. X..., cartonnerie de Y.

Timbre du Pharmacien	Timbre du Sociétaire

Le 26 septembre 1906.

Le Sociétaire,
P. K. P.

Bon à joindre au mémoire adressé trimestriellement à *La Mutualité Industrielle.*

Que dites-vous de ce premier pansement réclamé le 26 septembre pour un ouvrier blessé le 24 ?

N'est-ce pas l'exercice illégal organisé sous le couvert du fameux tarif ?

Nous l'avions prévu et prédit : on niait. Peut-être avouera-t-on maintenant.

Le conseil général des sociétés médicales d'arrondissement et les dispensaires. — MM. Piot et Chandebois ont présenté, au nom d'une commission chargée de poser les règles déontologiques applicables au fonctionnement des dispensaires, un rapport qui se termine par les vœux suivants :

1° Admettre comme principe primordial que les dispensaires et établissements similaires soient réservés aux seuls indigents et nécessiteux.

2° Dans les cas où des faits répétés tendraient à prouver que ces dispensaires étendent le bénéfice de la gratuité à des malades non indigents, la Société médicale de l'arrondissement correspondant tentera de faire cesser ces abus par des démarches auprès des confrères chargés du service médical; les invitant à vouloir bien, par solidarité, se conformer aux décisions prises, dans l'intérêt général, par le Conseil général des Sociétés d'arrondissement.

3° Chaque Société médicale établira un tableau des dispensaires de son arrondissement, faisant connaître leur fonctionnement et leur budget.

Le Congrès de chirurgie. — Il s'est ouvert lundi dernier sous la présidence de M. Monprofit, dont le discours fort intéressant que nous analyserons bientôt a touché en excellents termes le point qui fait l'objet des préoccupations actuelles du Corps médical : *la réforme des études des praticiens.*

Le congrès international d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme se réunira à Paris, à la Faculté de médecine, du 22 au 27 octobre 1906, sous le haut patronage de M. le président de la République et du gouvernement.

Adresser toutes communications, demandes de renseignements, lettres, à M. C. Nourry, secrétaire général, rue des Saints-Pères, à Paris.

Adresser les mandats et cotisations à M. Gaston Menier, député, trésorier, à Paris.

Faculté et Hôpitaux.

— Un cours complémentaire et pratique de neuropathologie commencera au mois d'octobre, à la Salpêtrière sous la direction de M. Henri Claude, agrégé, avec le concours de MM. Lejonne, chef de clinique, Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des hôpitaux, Alquier, chef des travaux d'anatomie pathologique, Huet, chef du service d'électrothérapie, Gellé, chef du service otologique. Ce cours commencera le 15 octobre et se continuera tous les jours suivants, excepté les dimanches et jours de fête, à 5 h. de l'après-midi, à la Salpêtrière, salle d'examen de la clinique. Les cours sont essentiellement pratiques. La symptomatologie et le diagnostic seront particulièrement développés avec présentation de malades. Des pièces d'anatomie pathologique et des préparations histologiques du laboratoire seront mises à la disposition des auditeurs. Des certificats d'assiduité pourront être délivrés aux élèves qui en feront la demande. Les droits à verser sont de 80 francs. On s'inscrit les mardis, jeudis et samedis de midi à 3 heures au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3).

— MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désireraient obtenir sur le legs Marjolin le remboursement de leurs inscriptions prises antérieurement devront adresser à M. le Doyen, une demande libellée sur papier timbré de 0 fr. 60.

Les demandes sont reçues au Secrétariat de la Faculté deux fois par an du 1er au 15 avril et du 1er au 15 octobre.

— M. J. Jolly commencera le mardi 2 octobre 1906 au laboratoire d'histologie du Collège de France un cours sur l'histologie normale et pathologique du sang et les maladies du sang. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis à 2 h. Il sera accompagné de démonstrations et comprendra quinze leçons. Le nombre des élèves étant limité on est prié de s'inscrire d'avance (laboratoire d'histologie, annexe du collège de France, rue des Ecoles).

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année N° 41 14 OCTOBRE 1906



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les réformes de l'Enseignement médical.

Les vacances ont interrompu, en partie, le mouvement en faveur des réformes de l'Enseignement médical, mais ce mouvement ne saurait s'éteindre. Et nous espérons que la voix des Syndicats médicaux sera assez forte pour se faire entendre des oreilles volontairement sourdes de notre bureaucratie universitaire. La question, d'ailleurs, est restée entière, car ce n'est pas la création du Certificat de Sciences médicales supérieures, création qui a surpris tout le monde par son inutilité, qui terminera d'une façon aussi puérile une campagne nécessaire pour le bien public et la dignité médicale.

Dans notre doux pays de France, nous sommes tous tellement imprégnés de respect pour les fantaisies bureaucratiques qu'il nous est impossible de porter aussitôt sur elles un jugement sensé. Aussi, lors de la création de ce certificat supérieur, nouvel avatar de notre haut mandarinat médical, tout au plus avons-nous entrevu le danger de voir renaître de ce fait la division si pénible des médecins en deux classes, que la loi de 1892 avait fait disparaître à la satisfaction générale, en supprimant les officiers de santé.

Mais, depuis, nous avons réfléchi, nous avons lu le décret organisant le certificat des sciences médicales supérieures, et nous pouvons le juger et conclure que c'est un leurre, un trompe-l'œil, une fiche de consolation offerte aux victimes des intrigues des concours, une nouvelle caste créée dans le mandarinat officiel. Au fond, cela nous importerait peu, car nous ne sommes jaloux ni de la vanité des petits esprits, ni de ceux qui sont amoureux de galons et de titres ; nous serions même personnellement très heureux de voir doter d'un nouveau parchemin les blackboulés des concours et nous serions tentés de sourire à leur joie, car le décret d'institution du certificat est un digne pendant du décret instituant un nouveau costume pour les docteurs d'Université et nous aimons la symétrie.

Si nous n'accueillons pas avec tout l'enthousiasme désirable, le certificat d'études médicales supérieures, c'est certainement pour d'autres raisons. La principale est que, par cette fausse réforme, on évite de toucher sérieusement à l'institution de l'agrégation et nous considérons qu'il est essentiel, pour obtenir la réorganisation de l'enseignement médical, de pratiquer d'abord la transformation complète du recrutement du corps enseignant.

En faisant abstraction des intrigues impudentes qui déshonorent trop souvent les concours médicaux en général, et celui de l'agrégation en particulier, intrigues reconnues comme inévitables avec le système adopté, nous reprochons surtout au concours de l'agrégation d'appeler à remplir un rôle d'éducateurs, de jeunes médecins fort érudits sans doute, peut-être véritablements savants, mais qui n'ont, presque toujours, aucune des qualités indispensables au professeur, qui ignorent complètement quelles doivent être les connaissances nécessaires à leurs élèves pour exercer utilement la profession médicale.

Il n'y a qu'un moyen de recruter un personnel enseignant véritablement à la hauteur de sa mission. Ce moyen existe partout, sauf en France et en Chine, les seuls pays de mandarinat, comme le faisait judicieusement remarquer à Lyon le Pr Lippmann, dans son discours d'ouverture au dernier Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences ; ce moyen c'est le système du *privat docent*.

Qu'en prenant quelques garanties de moralité, les Universités ouvrent leurs amphithéâtres à tous ceux qui veulent se livrer à l'enseignement libre, que ces professeurs volontaires y fassent des cours gratuits ou payants sur le programme de leur choix et qu'on laisse les étudiants libres de les fréquenter ; l'on ne tardera pas à voir, parmi ces professeurs indépendants, certains se distinguer, se créer une réputation, qui augmentera le nombre de leurs auditeurs. Au bout de quelques années, ils auront acquis le prestige dû à leur seul talent, que ne confèrent ni titres, ni grades. A ceux-là, les Universités pourront alors faire des propositions, les appeler à entrer dans leur sein au titre de professeurs.

Les étudiants sont bons juges de la valeur professorale de leurs maîtres ; combien de services de clinique, combien de cours de professeurs haut placés sont absolument désertés, tandis que des cours similaires faits par des médecins d'hôpitaux sans titres ronflants ou par de nouveaux agrégés, hier presqu'inconnus, sont envahis par des auditeurs attentifs.

Qu'on multiplie les Instituts de recherches ; qu'on ajoute pour les chercheurs et les savants, dont nous apprécions la valeur et le mérite souvent désintéressés, des laboratoires largement subventionnés à l'Ecole des hautes études, au Collège de France, au Muséum d'histoire naturelle, à l'Institut Pasteur ; qu'on crée si l'on veut un Institut spécial de recherches biologiques et médicales ; mais qu'on organise nos Facultés pour faire des médecins utilement instruits. Il est navrant de rencontrer des praticiens incapables d'appliquer convenablement un appareil de fracture et contribuant ainsi à la réputation funeste du rebouteur de leur pays, comme le signalait naguère le Dr Pouliot au Congrès de l'exercice illégal. Il est aussi pénible de constater (et nous pourrions citer des exemples) qu'un docteur en médecine de la Faculté de Paris, à la suite d'un accident, n'ose tenter la ligature de la radiale et doit recourir à la compression de l'artère dans des conditions déplorables.

Nous ne craignons pas de dévoiler ces faits dont la lourde responsabilité incombe au corps enseignant et à notre éducation médicale actuelle. Et ce n'est pas l'organisation d'un vague certificat de sciences médicales supérieures, exigeant des connaissances purement théoriques, qui augmentera la valeur professionnelle du praticien et lui permettra de remplir son rôle social de plus en plus étendu.

J. Noir.

(In *Bulletin des Syndicats médicaux.*)

LA SEMAINE MÉDICALE

La guérison de la pleurésie chez l'enfant.

M. Le Dr Rousseau Saint-Philippe a fait récemment, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, une étude clinique et pronostique sur la pleurésie infantile dont nous résumons les principaux points.

La pleurésie est rare dans la première enfance, quoique l'on cite quelques cas de pleurésie chez des nourrissons de six à huit mois ; elle est souvent une véritable trouvaille pour le praticien, qui n'est éclairé par aucun symptôme subjectif marquant.

Le plus souvent, le malade est considéré comme atteint de bronchopneumonie ou de tuberculose pulmonaire, et ce n'est que par un examen attentif que la pleurésie est dépistée. Contrairement à ce qui arrive pour l'adulte, la pleurésie, chez l'enfant, n'est pas de nature tuberculeuse ; tout au plus, son apparition provoque-t-elle chez le sujet qui en est atteint, une prédisposition indéniable à la tuberculose pulmonaire.

Les affections qui se compliquent le plus souvent de pleurésie chez l'enfant sont tout d'abord les affections du poumon, pneumonie franche et broncho-pneumonie, tuberculose pulmonaire, bronchite, kystes hydatiques, infarctus, gangrène pulmonaire. Puis, par ordre d'importance, les maladies générales : scarlatine, rougeole, coqueluche, rhumatisme, infection purulente, fièvre typhoïde, etc. ; les maladies de l'abdomen, péritonites de toute origine et plus spécialement l'appendicite ; les maladies du foie, de la rate, des reins, du cœur ; plus rarement les maladies du pharynx, de l'œsophage, de la colonne vertébrale.

Ce qui est remarquable, c'est que chez l'enfant la tuberculose est souvent moins en jeu que chez l'adulte, une fois sur cinq au lieu de une fois sur trois, et qu'inversement la pneumonie se voit dans un quart et peut-être dans la moitié des cas chez l'enfant.

D'autre part, chez l'enfant, la pleurésie est beaucoup plus souvent purulente que chez l'adulte, et cette pleurésie purulente est due le plus ordinairement au pneumocoque ; ce qui, au dire de M. Netter, rend compte de la bénignité des pleurésies infantiles. En réunissant les observations, ce savant médecin donne un total de 88 pleurésies purulentes sur 304 pleurésies avec épanchement,

soit 29 0/0. Et il ajoute avec raison, avec M. Dieulafoy, que les pleurésies sont purulentes *d'emblée*. Il s'agit dès le début de pus dilué, qui devient ensuite plus épais : point important dans l'appréciation des méthodes d'intervention. Cette tendance à la purulence s'explique par ce fait que la pleurésie chez l'enfant est due très souvent à la pneumonie, au pneumocoque, qui fait souvent du pus, et rarement, comme chez l'adulte, à la tuberculose, qui fait des épanchements d'habitude séro-fibrineux.

La pleurésie infantile étant le plus souvent, comme on le voit, un abcès de la cavité pleurale, doit être traitée en conséquence. Certes, la guérison spontanée est possible, soit par résorption, soit par vomique, soit par ouverture naturelle, mais la résorption, est exceptionnelle ; la vomique, tardive et de résultats aléatoires ; l'ouverture spontanée, tardive également et ordinairement d'issue fâcheuse. Il faut donc intervenir par la ponction d'abord, et si cette ponction est insuffisante ou si le liquide se reproduit rapidement avant cinq jours, par l'empyème. La thoracotomie avec résection costale paraît donner les meilleurs résultats : c'est à elle que se rallient la majorité des opérateurs.

Mais la pleurésie est aussi assez communément simple et séro-fibrineuse chez l'enfant. Elle prête à peu près aux mêmes considérations que les épanchements séro-fibrineux de l'adulte. Sa marche est la même, sa durée peut être un peu plus courte ; son traitement, peu compliqué, consiste surtout en révulsifs et en purgatifs.

Le salicylate de soude à l'intérieur et le salicylate de méthyle à l'extérieur ont souvent une rapide efficacité.

M. Rousseau Saint-Philippe, qui redoute les vésicatoires, se trouve bien, dit-il, de l'emploi de compresses très chaudes appliquées en ceinture et recouvertes d'ouate et de gutta-percha.

Quand on voit la pleurésse séro-fibrineuse durer, résister à la médication, s'accompagner de congestion pulmonaire, il faut redouter la tuberculose, qui peut avoir envahi sournoisement l'organisme. L'histoire ultérieure du malade révèle, en pareil cas, la nature du mal.

D'une façon générale, quel que soit l'âge du petit pleurétique, quel que soit son genre de pleurésie, quels qu'aient été les moyens de traitement employés, son mal n'est pas guéri, parce que l'épanchement, quel qu'il soit, aura disparu de la cavité thoracique. Est-on toujours facilement renseigné sur la réalité de l'absorption et de la disparition de l'épanchement pleurétique ? Les adhérences et les épaississements pleuraux font persister très longtemps la matité, le souffle et l'égophonie.

Même quand il ne subsiste plus que des frottements, tant qu'il existe de la matité, de l'obscurité respiratoire, de l'annihilation absolue ou relative de ce côté, qui vient d'être malade, on ne doit pas considérer la guérison comme obtenue. Ce poumon fonctionne mal, respire insuffisamment, s'hématose imparfaitement: c'est un terrain favorable pour la germination des bacilles de la tuberculose.

Une pleurésie guérie ne l'est donc qu'en apparence. Elle doit être encore traitée, et traitée pendant des mois et des années.

Chez les enfants surtout, où l'activité vitale est si vive, la résorption et l'assimilation si puissantes, on a toutes chances, à condition de s'en occuper sérieusement, de voir disparaître des reliefs pathologiques qui constituent comme une seconde maladie. J'ai notamment dans mes notes trois observations d'enfants restés chétifs, suspects, inquiétants à la suite de pleurésies, et qui ont, à la suite d'un traitement persévérant, récupéré une santé parfaite tant localement qu'au point de vue général.

Comment obtenir ce résultat ? C'est bien simple : par la thérapeutique s'adressant à l'iode, à l'arsenic, à l'huile de morue, aux révulsifs, mais surtout par une hygiène bien entendue. Qu'ils appartiennent à la classe aisée ou à la classe pauvre, il faut absolument que ces enfants aillent et vivent au grand air, à la campagne, à la montagne ou à la mer, que l'école et le confinement leur soient interdits, à moins que cette école ne soit au bord de la mer, comme le sont les « Corbières ».

Il faut les suraérer, il faut les suralimenter. Il faut leur faire faire sagement de la gymnastique respiratoire. Il faut les surveiller de temps en temps et ne les rendre à la vie ordinaire que quand ils ont patente nette. Bref, il faut les traiter comme des tuberculeux... possibles, pour les empêcher de devenir des tuberculeux vrais. La guérison, ici, c'est la restitution intégrale des fonctions, des forces et de la santé.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Polyclinique de l'hôpital Saint-Louis : M. le Prof. Gaucher.

Nourrice et syphilis.

Le médecin d'un bureau de placement nous adressait, ces jours derniers, une femme qu'il refusait d'accepter comme nourrice, jusqu'à plus ample informé, en raison de l'état de son enfant. Cet enfant, dont la santé générale est satisfaisante, a été atteint il y a huit jours de troubles gastro-intestinaux, de diarrhée, et d'un érythème fessier consécutif. Puis, il a eu, à la face, une éruption caractérisée par des petites plaques squameuses, très légèrement papuleuses. Les placards squameux en question, d'aspect séborrhéique, ont — et c'est là le côté embarrassant de leur diagnostic — deux localisations habituelles à la syphilis : le sourcil et le sillon naso-génien. A cause de cela, et tout en pensant néanmoins qu'il s'agit d'une simple séborrhée, nous avons conseillé à la mère d'entrer à l'hôpital avec son enfant pour pouvoir, grâce à l'évolution, porter un diagnostic de certitude.

Vous voyez, aujourd'hui, ce nourrisson. Il pré-

sente, d'abord, un érythème fessier, d'origine diarrhéique et classique. La diarrhée est ici, la cause directe de l'éruption. Un nourrisson mal tenu a quelquefois un peu de rougeur de la peau, mais, en l'absence de désordres digestifs, il n'a pas d'érythème de ce genre. Notre petit malade est atteint, en outre, à la face, de lésions cutanées arrondies, papulo-squameuses : sont-ce des syphilides ou de l'eczéma séborrhéique? Chez un adulte, il ne nous viendrait pas à l'idée de faire de cette dermatose des syphilides : les lésions sont rouges mais non cuivrées ; elles sont superficielles, à peine papuleuses, à squames abondantes et non à fines squames périphériques. Le point qui nous a conduit au doute est la localisation (sourcil, aile du nez) de l'éruption. Ce doute, nous l'avons maintenant presque effacé, d'autant que le petit malade a, depuis un jour ou deux, une séborrhée abondante du cuir chevelu. Cependant, cela ne me suffit pas, et je ne donnerai pas encore à cette femme un blanc-seing. En pareille circonstance, il faut être sûr, 10 fois sûr, 100 fois sûr, qu'il ne s'agit pas de syphilis. Aussi, attendrai-je une preuve plus grande, c'est-à-dire la guérison de la dermatose, sans traitement spécifique.

Je sais bien qu'en ville, une telle attente est assez difficile. Ce que le médecin peut faire alors, c'est envoyer la nourrice à l'hôpital avec son nourrisson. De cette façon, la femme, ne perdant pas son lait que son enfant entretient, attendra sans inconvénient que le diagnostic soit posé.

Syphilis acquise (*enfant de* 11 *ans*).

Fillette de 11 ans 1/2 qui vient à l'hôpital pour une ulcération du bord gauche de la langue, ulcération superficielle, à bords irréguliers et accompagnée de gingivite au voisinage. La première impression que nous avons eue est qu'il s'agissait, sans doute, d'une ulcération d'origine dentaire. Nous ne trouvions rien qui rappelât l'hérédo-syphilis et, en raison de l'âge, nous n'étions pas amenés à penser à la syphilis acquise. Cependant, c'est cette dernière qui se trouve en cause. L'ulcère lingual de la petite malade est une lésion secondaire de spécificité. La syphilis n'est pas douteuse, ici. On constate, à l'examen complet de l'enfant, un ganglion épitrochléen, des ganglions inguinaux, de la leuco-mélanodermie du cou, une pupille ovalaire dans le sens vertical (trace d'iritis ancienne). D'ailleurs, les parents racontent qu'il y a deux ans, la fillette, étant allée passer deux mois à la campagne, revint avec une vaginite, une roséole et des plaques muqueuses qui furent soignées à l'hôpital Saint-Louis.

Il ressort de cette observation un enseignement : quel que soit l'âge d'un malade, quelle que soit sa condition sociale, il ne faut pas repousser les hypothèses, même les plus invraisemblables au premier abord. Avant d'admettre une ulcération traumatique, on doit, chez l'enfant comme chez l'adulte, faire un examen complet du corps.

Syphilis héréditaire (*malade de 59 ans*).

Le cas précédent était une syphilis acquise à l'âge de 9 ans. Dans le cas actuel, les conditions sont inverses : il s'agit d'une syphilis, probablement héréditaire, chez une malade de 59 ans. Cette femme a vu apparaître, il y a un an environ, sur l'avant-bras droit, plusieurs masses saillantes, qui se sont ulcérées et réunies pour former finalement une assez vaste ulcération d'aspect nettement syphilitique. La patiente fut traitée à Lariboisière par des injections d'huile grise, sans obtenir d'amélioration. Pendant ce temps, se montra au cou-de-pied droit une autre lésion, consistant en une augmentation de volume des extrémités inférieures des os de la jambe, du péroné surtout : cette seconde lésion est une ostéite hyperostosante spécifique. La malade n'a souvenance d'aucun accident syphilitique antérieur ; la syphilis ignorée est chose fréquente, vous le savez.

L'ostéite hyperostosante, commune dans l'hérédo-syphilis, est assez exceptionnelle dans la syphilis acquise. Aussi, n'ayant trouvé d'ailleurs, aucun antécédent de syphilis acquise, je me demande si, malgré l'âge de la malade, il ne s'agit pas d'hérédo-syphilis.

Je tiens également à vous faire remarquer un fait. Cette femme fut soignée à Lariboisière, au moyen d'injections d'huile grise, traitement qui donna peu de résultats. Eh bien ! ne vous basez pas sur un renseignement de ce genre pour rejeter la syphilis. Ne tenez aucun compte des traitements spécifiques antérieurs, dont vous ne connaissez ni la dose, ni la régularité. Ne croyez, en l'espèce, qu'en vous-mêmes.

Syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique.

Jeune fille atteinte d'accidents secondaires, de plaques muqueuses vulvaires, de leuco-mélanodermie du cou, reliquat de lésions papuleuses. Elle a eu un chancre syphilitique il y a un an.

On trouve, d'autre part, chez cette malade, de nombreux stigmates d'hérédo-syphilis. Deux de ses frères et sœurs sont morts en bas âge. Sa voûte palatine est ogivale, ses dents sont striées, érodées ; les incisives latérales supérieures font, chez elle, défaut. Son front est un peu bombé, ses tibias et ses fémurs sont légèrement incurvés. Elle a des taies sur la cornée et du strabisme externe à droite. La plupart des strabiques, sachez-le, sont des hérédo-syphilitiques. La malade, enfin, est petite de taille : elle mesure, à 24 ans, 1 mètre 38 de hauteur.

Nous sommes donc en face d'un cas de syphilis acquise chez une hérédo-syphilitique. Je vous en montrerai bien d'autres exemples : c'est là un point de pathologie, qui devient de plus en plus admis.

Adénites infantiles hérédo-syphilitiques.

Dans l'ancienne doctrine, les adénopathies chroniques du jeune âge, de la région sous-maxillaire et cervicale, appartenaient à la symptomatologie de la scrofule. Or, souvent, ces manifestations ganglionnaires sont de l'hérédo-syphilis. Cette notion est féconde en résultats pratiques : le médecin devra s'en souvenir, pour ses prescriptions thérapeutiques.

Syphilis conceptionnelle.

Malade sans antécédent spécifique connu, mais ayant eu deux fausses couches. Elle entre à l'hôpital pour un ulcère gommeux de la jambe. Cette femme a, en outre, des varices aux membres inférieurs. Je vous ai déjà parlé des ulcères spécifiques sur les jambes variqueuses. Certains auteurs ont été jusqu'à dire que, presque toujours, les ulcères de jambes étaient syphilitiques. Sans être aussi catégoriques, n'oublions pas que nombre d'ulcères qualifiés variqueux sont d'ori-

gine gommeuse, les varices faisant un appel de la syphilis sur les jambes.

Pour en revenir à notre malade, l'absence de tout accident antérieur et ses deux fausses couches nous font penser que sa syphilis est probablement conceptionnelle.

Grossesse et syphilis.

Lorsqu'une femme contracte la syphilis dans le cours d'une grossesse, l'enfant a des chances d'être sain si la femme n'est contagionnée qu'à partir du septième mois ; bien entendu, il n'y a rien là d'absolument certain.

Lorsqu'une femme syphilitique devient enceinte, il faut la traiter pendant tout le cours de sa grossesse. Le traitement se poursuivra 3 semaines sur 4 et sera réglé ainsi :

15 jours d'injections quotidiennes de benzoate de mercure (2 centigr. par piqûre) ;

8 jours de pilules de sublimé (1 centigr.) ;

Une semaine de repos.

On surveillera les urines au point de vue albuminurie.

Polyarthrite déformante hérédo-syphilitique.

Jeune fille que nous soignons depuis 1904 pour diverses poussées de gommes syphilitiques aux jambes. La malade a, en même temps, une polyarthrite déformante, également hérédo-syphilitique, mais d'ordre para-syphilitique. Le traitement la guérit chaque fois de ses gommes : la cure mercurielle, par contre, reste sans action sur sa polyarthrite, celle-ci étant une lésion quaternaire.

Névralgie faciale et syphilis.

La syphilis est une des causes possibles de la névralgie faciale. Il faut toujours y penser et la rechercher ; tout *soupçon* de syphilis, en pareil cas, justifie l'essai du traitement spécifique.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le traitement conservateur dans les tumeurs blanches non suppurées chez l'enfant.

Par le Dr Paul Barbarin.

(Extrait du *Bull. de l'Ass. d'Ens. méd. prof.*)

Le traitement conservateur dans les tumeurs blanches (seul traitement dans les tumeurs blanches non suppurées chez l'enfant) doit viser à deux résultats : guérir la lésion tuberculeuse, éviter la déformation du membre ; d'où la nécessité de diviser cette étude en deux parties : 1° le traitement proprement dit de la tumeur blanche ; 2° le traitement des attitudes vicieuses qu'elle peut entraîner.

I. — Traitement proprement dit de la tumeur blanche.

Les grandes règles du traitement peuvent se ramener à trois termes : immobilisation, compression, révulsion.

L'immobilisation. — *L'immobilisation* de l'article a pour but d'empêcher les mouvements des surfaces articulaires qui, dénudées, envahies par le processus tuberculeux, ont tendance à se creuser aux points de contact (ulcération compressive de Lannelongue). Ce contact détermine des douleurs plus ou moins violentes et aussi la contracture des muscles qui s'accompagne le plus souvent de mauvaise attitude. Immobiliser l'articulation, c'est faire cesser cette contracture, c'est empêcher le contact osseux, c'est, en un mot, arrêter le processus de destruction et préparer la guérison.

La question de l'immobilisation a été fort discutée. C'est elle, en effet, qui effraye le plus les familles et quelquefois les médecins, par suite de cette idée erronée qu'elle entraîne fatalement la raideur articulaire. Aussi beaucoup d'auteurs, surtout parmi ceux qui préconisent avant tout le traitement général par l'air marin, considèrent-ils que l'immobilisation peut être réduite à quelques semaines, tout au plus à quelques mois. C'est là une conclusion qu'il faut combattre : l'immobilisation doit être complète et elle doit être prolongée.

On peut la réaliser par l'extension continue ou par les appareils inamovibles.

L'extension continue ne trouve place que dans le traitement des arthrites du membre inférieur et du mal de Pott. Dans la coxalgie, par exemple, l'extension continue est un excellent traitement de début. Elle amène très rapidement la disparition de la contracture et des douleurs, elle prépare l'application d'un appareil définitif qui ne demande pas la même surveillance. Dans le mal de Pott, elle améliore considérablement les déviations à type scoliotique et même les gibbosités récentes et peu accentuées. Mais l'extension continue, pour produire son effet, doit être associée à la contre-extension, le corps ou mieux la tête étant fixée par un système d'attelles ou par une fronde.

L'appareil inamovible donne une immobilisation beaucoup plus parfaite. Il doit succéder à l'extension continue dès que la chose est possible. Il a, de plus, l'avantage d'être un appareil de compression.

Le véritable appareil est celui que fait le chirurgien au moyen du plâtre, du silicate, de la gutta, du feutre.

Nous donnons la préférence au plâtre : l'appareil plâtré est facile à faire et se prend rapidement. Il est solide et résiste ordinairement plusieurs mois. Il n'est pas assez lourd pour fatiguer et dévier un squelette d'enfant, il l'est assez pour empêcher le jeune malade de se livrer à des mouvements trop brusques qui compromettraient la guérison. Qu'il soit circulaire ou en forme de gouttière, l'appareil doit être appliqué directement sur le membre. Une couche d'ouate d'épaisseur variable suivant les besoins sera permise seulement aux points où le plâtre pourrait entamer la peau insuffisamment doublée de parties molles.

La compression. — *La compression* était déjà recommandée par Bouvier pour tous les cas, même lorsqu'il y avait abcès. Elle se fera utilement sur l'article malade, particulièrement dans l'hydarthrose symptomatique, au moyen de couches superposées et régulières de coton ordinaire qu'une bande solide fixera à l'appareil préalablement fenêtré au niveau de l'articulation envahie.

Comment agit la compression ? C'est proba-

blement par stase veineuse et c'est ce qui explique que tous les procédés qui cherchent à déterminer cette stase aient pu avoir une heureuse influence. De tous ces procédés, nous ne retiendrons que celui de Bier, non pas parce que nous le considérons comme préférable aux autres, mais parce qu'il jouit en ce moment d'une faveur qui est peut-être excessive. L'articulation tuberculeuse demande le calme ; elle fera payer toute mobilisation trop fréquente par une rechute ou par une déviation : or, la méthode de Bier consiste en la compression momentanée, énergique, et quotidienne du membre au-dessus de la jointure malade. Pour cela, une bande d'ouate étant roulée au-dessus de la région atteinte, on exerce une forte compression circulaire en ce point au moyen de la bande d'Esmarch. Cette compression est de 5 à 6 minutes pour le premier jour ; elle est prolongée peu à peu de façon à durer vingt minutes. En même temps, la stase sanguine est favorisée par des applications d'eau chaude à 50° sur toute la région.

Cette méthode amène peut-être des améliorations rapides, mais que devient la position du membre après son application prolongée ? Est-il bien de gagner quelques semaines au prix d'une attitude plus défectueuse ? Nous ne le croyons pas.

La révulsion. — Les révulsifs locaux peuvent, eux aussi, déterminer une légère stase sanguine ; ils constituent, de plus, un excellent moyen d'action sur le malade et son entourage ; une longue immobilisation amène au découragement ; avec une révulsion légère, elle sera plus facilement supportée. On emploiera donc à tour de rôle la teinture d'iode, les emplâtres divers, les pointes de feu superficielles.

Quant aux moyens proposés tant de fois pour agir dans l'intérieur des articulations, nous ne pouvons les accepter sans songer à leur efficacité limitée et aux modifications profondes qu'ils déterminent dans les parties molles articulaires. Ils agissent peu sur les lésions osseuses (qui existent toujours), ils suppriment tout espoir de conservation des mouvements, car ils amènent la transformation fibreuse de la synoviale ; réservons donc toutes les injections pour les cas où l'arthrite fongueuse deviendra purulente.

II. — Traitement des attitudes vicieuses

Il ne suffit pas de guérir une tumeur blanche, il faut encore la guérir sans qu'elle ait pu déterminer des troubles graves dans l'attitude et le fonctionnement du membre atteint. Pour cela, nous l'avons vu, l'immobilisation de l'article, base du traitement, doit se faire complète et en bonne position.

Mais toute articulation atteinte de tumeur blanche a une tendance naturelle à prendre une attitude vicieuse. Cette attitude d'abord momentanée, ne tarde pas à devenir constante, puisque l'ankylose s'affirme, reste définitive.

Au début de l'arthrite, cette attitude dépend uniquement de la contracture des muscles ou plutôt de certains groupes musculaires. Mais bientôt, à côté de cette contracture musculaire, apparaissent d'autres causes de déformation : ce sont des modifications des os :

1° *Les surfaces articulaires* dénudées, frottant l'une contre l'autre sont en certains points le siège de cette ulcération compressive qui, dans les grandes articulations (hanche, genou), n'est que la première étape de la luxation. En d'autres points, les extrémités osseuses cessant d'être en contact, se déforment, s'allongent ou s'élargissent et refusent ensuite de reprendre leur place ;

2° *A distance des surfaces articulaires*, il se produit dans les os raréfiés, quelquefois ramollis des inflexions surtout marquées au niveau des cartilages diaépiphysaires.

Enfin, la croissance des épiphyses, profondément troublée par la présence d'une zone tuberculeuse au contact ou au voisinage du cartilage de conjugaison, subit des modifications importantes ; dans certains cas, c'est l'atrophie qui domine, dans d'autres c'est l'hypertrophie. Ollier, en effet, a montré que le cartilage conjugal réagissait de deux façons bien différentes. Est-il en contact avec le foyer tuberculeux ? la croissance est arrêtée. Est-il simplement irrité à distance par ce foyer ? il y a hyperaccroissement par la formation d'un os à larges aréoles qui a tous les caractères de l'os vieux ; pauvreté de la circulation, amincissement des travées. Que, dans une articulation, ces modifications se produisent en certains points, non en d'autres, il en résultera des déviations, variables avec chaque cas, mais qui, pour une articulation donnée, offrent presque toujours le même type.

Ces causes si différentes de mauvaise attitude peuvent au point de vue du traitement être réunies en deux groupes ; d'une part, celles qui résultent d'une déformation osseuse, épiphysaire ou diaphysaire, en dehors des surfaces articulaires, d'autre part, celles qui résultent d'un trouble dans l'intérieur même de l'articulation (déviation par contracture simple, tendance à la transformation fibreuse, subluxations ou luxations, hyperaccroissement des os qui ont perdu leur contact normal), ces dernières sont de beaucoup les plus importantes.

Dans le premier cas, il suffit d'intervenir assez tôt pour étayer, pour ainsi dire, le membre qui se dévie. Même si la déviation est déjà marquée, un appareil plâtré bien fait arrêtera ses progrès, s'il est assez rapide et *s'il immobilise complètement le membre.*

Dans le second cas, plusieurs hypothèses doivent être envisagées :

1° *Il y a contracture simple.* — C'est de beaucoup le cas le plus fréquent ; longtemps après le début d'une tumeur blanche, on peut trouver encore une déformation due simplement à la contracture. Pour réduire la mauvaise attitude, il faut une extrême prudence. Si l'on cherche d'un coup, par la méthode rapide et brutale, à mettre le membre en bonne position, on déterminera presque toujours les déchirures articulaires, des inflexions osseuses qu'on peut éviter par une méthode de douceur et de patience.

La technique en est simple : c'est le redressement successif, par étapes. Après avoir ou non employé l'extension continue, obtenez sous le chloroforme une résolution musculaire parfaite : puis sans tractions, sans pressions, mettez un appareil plâtré qui prenne tout le membre dans l'attitude que donne cette résolution ; cette attitude n'est pas idéale, mais à vouloir obtenir mieux dans une articulation fongueuse, notablement augmentée de volume, on risque la distension, la rupture des ligaments ou, s'ils résistent, l'incurvation d'un des os au point d'union

de sa diaphyse et de son épiphyse. Au bout de quelques jours ou de quelques semaines, l'appareil a produit son effet, l'articulation est moins tendue. Le nouvel appareil mis sera d'ordinaire l'appareil définitif, en bonne position. Ainsi, avec un minimum d'efforts et par conséquent de délabrements, on arrive à l'attitude souhaitée.

2° *Il y a tendance à la transformation fibreuse.* — Cette transformation fibreuse aboutit à l'ankylose et, dans le cas actuel, à l'ankylose en mauvaise position. Il faut donc agir et agir vite. Sous le chloroforme, on fera la réduction forcée, en bonne position, en s'efforçant d'obtenir une réduction véritable et non pas une incurvation osseuse au voisinage.

3° *Il y a augmentation de volume des extrémités osseuses qui s'opposent au redressement.* — Dans ce cas, la réduction est impossible. Il faut se contenter de limiter la déviation par l'application d'un appareil solide en attendant la possibilité d'une résection, c'est-à-dire la fin de la croissance du membre.

4° *Il y a subluxation ou luxation.* — Lorsque la subluxation ou la luxation sont récentes, elles sont souvent l'occasion d'un triomphe pour l'extension continue bien appliquée — surtout dans la coxalgie. Sont-elles au contraire anciennes dans une tumeur blanche guérie, fixée par un manchon fibreux, il est bien aléatoire d'attendre longtemps la possibilité d'une opération sanglante, le mieux serait, si l'intervention peut être faite, de rompre les adhérences et de recourir à une forte extension continue comme dans la luxation congénitale de la hanche. Certains auteurs ont obtenu ainsi de très beaux succès.

Tel est le double traitement qui, bien appliqué aux tumeurs blanches des grandes articulations, en particulier du genou et de la hanche, réussit à donner, dans 60 0/0 des cas, la guérison en bonne attitude. Mais le chirurgien doit-il se désintéresser alors de son malade ? Ne doit-il pas, au contraire, le suivre et surveiller, soit la solidité d'une ankylose encore faible, soit le retour des mouvements, bien dangereux dans un membre affaibli aux muscles atrophiés. Dans quels cas doit-il chercher ce retour des mouvements, dans quels cas doit-il favoriser la production de l'ankylose ? Ce sont là autant de problèmes qui nécessitent une étude spéciale, étude que nous ferons en l'intitulant : Traitement de la convalescence des tumeurs blanches.

Dr Barbarin.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Notes de vacances en Portugal, Espagne, Maroc.

Est-il bien nécessaire d'insister sur la malpropreté espagnole ?

Elle est pour ainsi dire proverbiale.

En Espagne, l'hygiène urbaine diffère pourtant beaucoup d'une ville à l'autre, et, comme en France, ce sont les municipalités qui en sont maîtresses. L'hygiène urbaine sera bonne si ces municipalités sont plus ou moins soucieuses de l'hygiène publique et tiennent plus ou moins la main aux règlements administratifs.

Saint-Sébastien est une ville propre. Le balayage se fait en temps et heure, par section. Dans chaque section, un seul homme travaille avec sa pelle, son balai et sa petite voiture *fermée*, à bras. On le voit tout de suite, il y a des avantages notables à cette organisation : rapidité d'enlèvement, pas de dissémination des ordures, minimum de poussières.

C'est à Saint-Sébastien aussi que nous avons remarqué dans les gares des cabinets d'une propreté et d'une installation parfaites, avec violentes et fréquentes chasses d'eau.

Le service de la voirie laisse à désirer à Porto, quoique les rues étroites et en pente, généralement propres pourtant, facilitent le balayage et l'écoulement. Mais le pavage de galets, s'il est bon pour les attelages de bœufs, est mauvais pour la propreté. Les trottoirs sont souvent en galets également, et partant, sales. Voitures non fermées, attelées de bœufs à longues cornes, pour le service des ordures.

Coïmbre, célèbre ville universitaire qui devrait donner l'exemple, est loin d'exercer ce rôle. Des crachoirs partout, dans les églises, les édifices publics et les hôtels, mais les crachoirs ne sont utiles et hygiéniques que si l'on crache dedans et *pas autour*, et s'ils sont entretenus proprement. Hélas !

Les cabinets de certains hôtels sont absolument primitifs.

On est contraint de monter sur le siège, au risque de dégringoler, et le papier qui a servi est par terre, peut-être pour resservir. Les rues, en pente comme à Porto, et pavées de galets laissent bien à désirer aussi sous le rapport de la propreté, et l'enlèvement des ordures n'a rien de particulièrement moderne.

Nous trouvons à Lisbonne l'organisation allemande de la voirie. Belle et propre ville ; des crachoirs sur pied dans les édifices ; des fontaines d'eau potable bien comprises, bien entretenues, plus engageantes que nos Wallace, avec un verre parfaitement propre, pouvant se rincer largement et facilement.

Les ordures sont enlevées par de petites voitures couvertes ou par de grandes voitures à bœufs, couvertes également, à vantaux, et par conséquent jamais débordantes ni semeuses de détritus.

Bonne distribution d'eau. Excellent système d'égoût, paraît-il, se déversant profondément et loin par un collecteur central dans la baie du Tage, pas assez pourtant pour qu'à marée basse, à cet endroit, on ne constate, sur une large surface, un banc de boue en fermentation empestant l'air.

Néanmoins il y a lieu de considérer Lisbonne comme une des villes les mieux organisées au point de vue de l'hygiène urbaine.

Beaucoup d'habitants marqués de la variole ; la vaccination ne doit pas être obligatoire en Portugal.

Mais nous voici en Espagne aux cathédrales superbes, mais malpropres, aux sacristies empestées de tabac.

Partout, et nous le disons une fois pour toutes et pour toute l'Espagne, des bouts de cigarettes, des boîtes d'allumettes vides, des bouts d'allumettes dans tous les coins, une couche épaisse de gouttes de cire sur les pavements de marbre, des chiens (l'entrée est libre) qui pissent contre les

piliers, des crachats partout et les prêtres donnent l'exemple, des mendiants puants, et même des vomissements, comme nous l'avons vu à Séville.

Les fidèles s'agenouillent sur leur mouchoir et avec raison. Il est juste d'ajouter qu'on avait donné un coup de balai pour le jour de Pâques.

Les gares des chemins de fer sont délabrées, jamais repeintes, misérables, avec des vitres cassées, bouchées avec un vieux papier. Les employés, qu'on ne distingue pas les uns des autres, ni des mendigots, sont mal vêtus, rapiécés et sales comme des sacristains. Les wagons de première sont pauvres, les tapis maculés. Rares compartiments où il est défendu de fumer, mais où l'on fume tout de même. On fume partout et toujours. Les trains, d'une lenteur désespérante, vous obligent à respirer des journées entières une épaisse atmosphère de fumée de tabac absolument incommodante, sans compter que les Espagnols crachent partout. Ils crachent sur les tapis des premières comme sur les dalles des édifices et des rues. Les domestiques des deux sexes crachent sur les tapis des hôtels et dans les coins, là où ne sont pas les crachoirs. C'est dégoûtant ! Il n'y a pas d'autre expression pour peindre ces mœurs déplorables.

Les mendiants loqueteux, crasseux, puceux et pouilleux, sont quelque peu familiers. Se méfier de leur approche. Heureusement qu'ils n'insistent point trop.

Les rues de la riante Séville sont assez bien nettoyées. Un ravin médian, avec des grilles à carreaux espacés de distance en distance, facilite l'écoulement des eaux et des boues. Séville est mieux soignée au point de vue de la voirie, que Grenade, Badajoz et Salamanque. Elle est aussi propre que Burgos, Cadix, Algésiras, — moins que Madrid et Gibraltar ; mais Gibraltar est une ville anglaise admirablement policée.

Pourtant Madrid, comme Séville et Grenade, enlève ses ordures avec des brouettes et des voitures non fermées.

Les marqués de variole sont moins nombreux en Espagne qu'en Portugal, mais on en rencontre encore beaucoup.

L'Espagnol possède de bonnes habitudes alimentaires : il est sobre de nourriture et de boisson.

Dans les hôtels, même de premier ordre — excepté dans les hôtels français — la cuisine est à l'huile, les viandes jamais fraîches, les poulets étiques, les côtelettes d'agneau sont des côtelettes de chevreau (bicco) de goût agréable, mais laxatives.

Heureusement que les omelettes sont parfaites, les merluches qui se mangent la queue assez bonnes, les pois chiches passables, les oranges délicieuses, le vin bon, le café et le pain excellent, car c'est toujours le même menu.

Dans les établissements de boissons, cafés, *cerveceria* (brasserie et marchand de vin), on ne consomme que du *café con leche* (café au lait), du *café solo* (café noir), ou de l'eau pure, additionnée peut-être trop souvent d'un petit verre d'anisette. On ne lit pas, on ne joue jamais, on cause. Les femmes y sont rares. L'endroit est public : on y vient entendre de la musique, lire un journal (les journaux se comptent), tout cela à l'œil. Pas de bière qu'une détestable bière en bouteille depuis des années. A Saint-Sébastien, qui est une ville française, la bière est excellente, les cafés y sont ouverts toute la nuit et on y rencontre quelques ivrognes. Mais il n'en est pas de même dans le reste de l'Espagne. Si les cafés ferment quand ils veulent, les ivrognes sont rares et c'est la plus grande injure qu'on puisse faire à un Espagnol que de le traiter d'ivrogne.

Dans les rues, des marchands d'eau — « Agua ! Agua fresca ! » — Avec un tonnelet allongé suspendu sur les reins par une courroie, le marchand d'eau déverse par un tuyau de fer blanc bouché d'un gros bouchon, l'eau dans un grand verre (il y en a un de rechange) qu'il rince avant de servir en agitant dedans un peu d'eau de son tonnelet qu'il rejette ensuite. C'est un sou !

Les mêmes marchands se retrouvent aux gares, quand il n'y a pas de *fonda* (buffet), ou un tout petit comptoir sur lequel s'étalent quelques grands verres, des cruches de terre, des alcarazas et des citrons. Les buffets et les buvettes sont rares sur les lignes espagnoles.

Tanger n'est pas comme nos villes algériennes et tunisiennes, administrée à la française, c'est une ville africaine d'une saleté unique. Son état sanitaire est, dit-on, excellent. C'est à douter de l'hygiène !

Des citernes où les Soudanais, Marocains, Arabes, etc., en cercle sur les margelles, pieds nus, ruisselants d'eau, puisent l'eau avec des seaux à cordes.

Les indigènes se débarbouillent et se lavent les pieds sur le bord de la citerne, et après avoir puisé de l'eau, ils l'emmagasinent dans des outres de peau de chèvre dont le col est tenu fermé avec la main ou par une ficelle roulée autour. Cette eau est vendue par les porteurs d'eau pour les usages domestiques et non comme eau de table, mais est-ce vrai ?

D'autres vendent de l'eau, probablement de la même citerne, dans les rues escarpées de la ville, annonçant leur passage avec une sonnette de cuivre et versant à boire dans une jolie timbale de cuivre ciselé.

Les hôtels ont un puits particulier.

Mais qui dira la saleté des rues, toujours boueuses à cause des porteurs d'eau ? Qui fera le tableau des Zocco (marchés) où les marchands — les femmes voilées — sont accroupis auprès de leurs marchandises, dans lesquelles ils mettent souvent les pieds ? Qui dira l'horreur des détritus, la puanteur du marché aux poissons ?

Et les mendiants guenilleux, affreux paquets d'ordures, les boutiques borgnes, l'odeur de la chair à saucisses grillée autour de petites broches de fer, dans de petites échopes comme nos marchands de frites, mais combien moins appétissantes !

Et les tentes des nomades, les lessives à l'ouverture des tentes dans une petite calebasse, les ruisseaux d'eau puante se rendant à la mer, les loques crasseuses des Marocains frôlant les robes riches de passementerie des Juifs !

On balaye parfois et on jette tout au ruisseau qui va à la mer.. Le tableau de Tanger ne diffère guère d'ailleurs de celui de certaines régions de la zone militaire et même de certains quartiers de Paris.

Davantage d'aveugles, de défigurés par la variole, de nez déformés par la syphilis, qu'en toute autre contrée.

Mais nous sommes dans une ville barbare où la civilisation commence à prendre racine et se heurte d'une part au fatalisme musulman, de l'autre aux exigences diplomatiques. Est-ce la France ou l'Allemagne qui feront un jour la police sanitaire ?

Mais ne réveillons pas le chat qui dort...

Docteur COURGEY.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Pour l'avenir nécessaire de la chirurgie.

Nous nous étions promis d'analyser pour nos lecteurs le discours d'ouverture de M. Monprofit (d'Angers), président du Congrès de chirurgie qui occupa toute la semaine dernière. Mais il est des exposés qui ne s'analysent pas. C'est par le document même que les membres du *Concours* doivent se faire une idée précise de l'évolution de la chirurgie depuis vingt-cinq ans, de l'extension de son domaine au traitement de tous les viscères, de l'envahissement par elle du domaine jadis exclusivement médical, des raisons qui obligent à progresser dans ce sens, et du retentissement que cette tendance désormais bien légitimée doit avoir jusque sur la réforme de l'enseignement médical.

Laissons donc la parole à M. Monprofit : l'extrait ci-dessous de sa brillante harangue fixera mieux les opinions que les plus scrupuleux commentaires.

Nous sommes encore arrêtés, dans les progrès que nous voudrions voir faire à la chirurgie, par des préjugés contre lesquels nous devons lutter chaque jour.

L'enseignement classique de la clinique d'autrefois a laissé dans le corps médical des traces profondes, et qui sans doute ne sont pas près de s'effacer.

Sous l'influence des enseignements passés, ne voyons-nous pas que, pour le traitement des néoplasmes, une temporisation néfaste est encore la règle dans l'immense majorité des cas.

Pour les néoplasmes du tube digestif et en particulier pour ceux de l'*estomac* et de l'*intestin*, quels préjugés ne voyons-nous pas retarder encore souvent l'intervention chirurgicale, jusqu'à ce que cette dernière soit devenue impuissante à amener une guérison radicale !

L'attente de l'*apparition d'une tumeur* qui puisse être perçue à la palpation est ce qui retient beaucoup de praticiens. Il n'y a pas d'erreur plus funeste, car lorsque la tumeur est bien apparente, on peut encore faire une opération palliative, mais assez rarement une intervention définitivement curatrice.

On attend aussi parfois les *hémorrhagies* caractéristiques des néoplasmes ou bien on laisse les tumeurs faire de tels progrès que l'*occlusion* complète du pylore ou de l'intestin survient enfin et que nous sommes amenés à opérer des malades en *pleine occlusion*, le fait vous est arrivé sans doute aussi souvent qu'à moi ; dans d'autres cas enfin, c'est la *cachexie*, avant-coureur de la mort, qu'on a laissée venir, et encore, chez ces malades déjà moribonds, avons-nous quelquefois le courage d'intervenir et parfois le bonheur de réussir un sauvetage au moins temporaire.

Il est certain que les anciens cliniciens attendaient souvent tous ces signes pour prononcer leur diagnostic. Ils attendaient même parfois la *phlegmatia* ! mais leur pronostic était fait depuis longtemps déjà !

D'ailleurs, la chose était de peu d'importance puisque, quel que fût le diagnostic, ils n'avaient aucune intervention à décider dans un cas ou dans l'autre.

Aujourd'hui nous avons d'autres obligations, nous avons à remplir un devoir autrement impérieux qui nous presse ! il nous faut découvrir le néoplasme à ses premières manifestations, aux premiers troubles causés par son apparition dans l'organisme, c'est à ce moment-là qu'une intervention facile, rapide, inoffensive, radicale, peut être menée à bien.

Si nous attendons que le tableau clinique soit complet d'après les descriptions, admirables d'ailleurs, qui nous ont été laissées par nos maîtres, par les Grisolle et les Trousseau, notre diagnostic sera peut-être rarement en défaut, mais notre bistouri arrivera, hélas ! toujours trop tard !

Attendre l'apparition des tumeurs gastro-intestinales, c'est laisser brûler la maison, sans secours, sous prétexte que le feu ne sort pas encore par les fenêtres ou à travers la toiture !

Laisser les malades saigner, vomir, s'amaigrir, s'affaiblir et jaunir, voilà bien le moyen de ne pas faire d'erreur de diagnostic, mais aussi de se mettre en état de n'opérer jamais que des mourants qui feront bien peu d'honneur à la médecine opératoire !

Plaisante manière de soigner les gens ! les laisser d'abord mourir de faim et leur apporter ensuite un repas réconfortant quand ils ne peuvent plus le digérer.

Une autre erreur au moins aussi nuisible à la thérapeutique chirurgicale est celle qui consiste, pour certains organes, comme le sein, la langue, la lèvre, à attendre l'augmentation de volume de la tumeur et l'apparition de l'engorgement lymphatique, sans doute aussi pour avoir un tableau clinique plus complet.

Certes, nous pratiquons journellement les larges opérations, les laborieuses dissections qui s'adressent aux tumeurs volumineuses et au système lymphatique infecté par elles ; j'admire les perfectionnements que les travaux de ces dernières années y ont apportés, en particulier pour le sein et la langue.

Mais nous devons dire bien haut que nulle dissection, si minutieuse qu'elle soit, ne vaudra jamais une intervention facile, rapide, bénigne et efficace faite pour une tumeur à *son début*. Plus une intervention faite dans ces conditions, quelle que soit la région, quel que soit l'organe, est précoce, limitée et facile, plus elle est *inoffensive* et plus elle doit *nous* donner d'espoir pour une persistante et définitive guérison !

Mais aujourd'hui quelle chirurgie des néoplasmes faisons-nous donc ? presque toujours une chirurgie tardive, une chirurgie de nécessité, qui est loin de la chirurgie scientifique que nous rêvons et que nous ou nos successeurs nous ferons certainement un jour !

A l'époque actuelle, nous pouvons dire que d'une façon générale le malade atteint d'un cancer quelconque nous évite, ou est éloigné de nous tant qu'il est *utilement* opérable.

Dès qu'il est devenu inopérable, dès que la tumeur a envahi largement la région, dès que l'infection s'est bien propagée à tout l'appareil lymphatique, alors une force irrésistible, ou des conseils qui ne sont pas toujours désintéressés ni dépourvus d'un narquois scepticisme le poussent vers nous, de telle manière que nous ne savons souvent à ce moment quel conseil utile donner à ces malheureuses victimes d'une longue temporisation.

Messieurs, à ce moment, il faut penser à la chirurgie, il est des aventures dans lesquelles nous ne devons pas la compromettre.

Nous ne devons pas permettre que certains accidents soient mis sur le compte de la chirurgie, quand l'évolution naturelle de la maladie en est seule responsable.

Il ne s'agit pas ici de soigner notre réputation ou nos statistiques, nous savons braver toutes les critiques et tous les blâmes incompétents quand il s'agit pour nous d'entreprendre une opération dans des conditions difficiles ou presque désespérées, si nous voyons la possibilité d'obtenir une guérison ou une amélioration dans une situation presque perdue !

Mais nous devons penser aussi qu'un insuccès dans ces mauvaises conditions n'est jamais pesé à son juste poids, et qu'il tue souvent par contre-coup, dans l'entourage du malade, un certain nombre de malheureux atteints d'affections d'autre nature, qui pourraient parfaitement bénéficier d'une intervention, mais qui concluent d'un insuccès quelconque à l'inefficacité ou au danger des opérations chirurgicales.

La sécurité que nous avons maintenant, et par les anesthésiques, et par l'asepsie, il serait banal d'y insister ; j'en parlerai seulement pour dire que les décès opératoires ne doivent plus être que ceux qui sont vraiment attribuables non à l'intervention, mais à la marche de la maladie qui a nécessité l'intervention.

Nous entendrons encore dire que tel malade a succombé *aux suites d'une douloureuse opération*, il serait bon d'ajouter, peut-être, que ce pauvre *malheureux* avait été opéré parce qu'il était sans doute *malade, gravement malade, dangereusement malade*, et souvent aussi *malade d'une maladie très douloureuse*. De sorte que la mort, qui n'a pu être empêchée par une opération trop tardive, n'est que la suite naturelle d'une maladie souvent incurable, dont nous n'avons pu, hélas ! arrêter l'évolution fatale.

Quel que soit, mes chers collègues, l'avenir du traitement du cancer, qu'un remède nouveau ou qu'un rayon puissant vienne nous en débarrasser, ou que le bistouri en reste la seule ressource, il n'y aura toujours qu'un *seul moyen de le maîtriser* : c'est d'arriver, autant que nous le pourrons, à réaliser les deux conditions suivantes :

Diagnostic précoce ! Traitement précoce !

Aujourd'hui, c'est l'opération seule que j'ai en vue. Je dirai donc : *opération précoce* presque toujours *facile, inoffensive et efficace* :

Opération tardive, difficile, longue, dangereuse et souvent peu *efficace* !

Pour arriver à faire une chirurgie qui puisse être plus utile, parce qu'elle sera un peu moins retardée, il est absolument indispensable qu'un examen minutieux et approfondi du malade soit fait à un moment aussi rapproché que possible du début de la lésion.

Je sais bien que le malade ne consulte souvent que bien tardivement. Mais encore je crois que cela est beaucoup moins fréquent qu'on ne veut bien le dire ; je crois même que c'est le contraire qui se rapproche le plus de l'exacte vérité.

Le patient consulte très souvent dès qu'il éprouve un trouble léger de la santé, une légère atteinte à son état habituel, mais à ce moment-là, comme on ne constate aucun des grands signes classiques auxquels je faisais plus haut allusion, on le renvoie avec un remède et quelques bonnes paroles. C'en est assez ! Le malade, satisfait d'entendre qu'il n'a rien à craindre, se garde souvent de demander un nouveau conseil, avant que la maladie ait fait de sérieux progrès ; ou bien on met, selon l'expression consacrée, le malade en *observation*. Cette observation est souvent une *observation* tellement consciencieuse et prolongée qu'elle atteint facilement jusqu'à la phase d'incurabilité confirmée et définitive. Le *malade est alors mûr pour la chirurgie* !

Nous avons tous vu mettre en observation des tumeurs malignes de l'utérus, de l'ovaire, du sein, des cancers de l'estomac et de l'intestin qu'on observe pendant des semaines ; des sténoses du pylore qu'on observe pendant des mois, tant certains malades ont la vie dure ! et des appendicites et des occlusions intestinales qu'on observe pendant des heures et des journées.

Si nous envisageons les affections aiguës de l'abdomen, les inflammations, les menaces d'occlusion et tout ce cortège de maux que l'appendicite traîne derrière elle, ne voyons-nous pas qu'en présence de tels phénomènes ce qu'il y a de plus pressant, c'est d'examiner les indications chirurgicales. — Si on tarde à prendre une décision à ce point de vue, on a bientôt à s'en repentir.

L'indication chirurgicale est de toutes la plus pressante à débattre, à discuter, à adopter ou à rejeter selon le cas, et à remplir si on s'y est décidé.

Tous les cas douteux qui ont pour siège la cavité abdominale doivent, en fait, être regardés à un point de vue chirurgical et, le plus souvent, traités chirurgicalement. Dans le doute, il est assez rarement prudent de s'abstenir.

C'est pour cela que nous autres chirurgiens, nous devons, plus que jamais, étudier et connaître les signes et l'évolution des maladies des organes de l'abdomen, de même que les malades ont tout intérêt à ce que les médecins soient bien instruits sur les ressources de la thérapeutique chirurgicale.

Pour les affections chroniques de ces mêmes organes de l'abdomen, les indications, pour paraître un peu moins pressantes, ne sont pas moins nettes, et elles doivent être portées de bonne heure, d'après l'apparition des *signes fonctionnels* et l'altération générale, et non lorsque la maladie est trois fois confirmée et déjà incurable.

Pour modifier l'état de choses actuel, quels moyens employer ? pouvons-nous agir utilement sur le public ? Ces tentatives ont été faites dans d'autres pays et ont paru donner des résultats. De grands progrès ont déjà été réalisés, et nous devons espérer que d'autres encore seront obtenus.

L'action sur le public médical est plus à notre portée et plus dans nos sentiments. Nous avons en France un corps médical dont l'intelligence, le savoir et la moralité n'ont pas besoin d'être loués. Il suffit de porter à sa connaissance les notions utiles pour le voir aussitôt s'en emparer et les utiliser.

Mais le moyen le plus puissant que nous possédions de changer le présent et de préparer l'avenir, c'est d'agir par l'enseignement ! et, à ce point de vue, une des réformes les plus utiles et les plus urgentes est celle du régime actuel des études médicales.

Ce régime a donné lieu à beaucoup de plaintes qui se sont élevées de tous les côtés. Les écoles, les facultés, le corps médical, la presse médicale s'en sont occupés ; le ministère de l'Instruction publique a publié un programme de réformes que vous connaissez tous. Il est donc bien certain que l'état actuel présente des inconvénients que nous avons d'ailleurs prévus lorsqu'on a abandonné le régime ancien que quelques légères retouches eussent rendu parfait.

Le mieux serait peut-être d'y revenir. Je ne veux pas examiner ici toutes les réformes qui pourraient être faites au régime actuel. Je parlerai seulement des plus importantes, à mon sens.

La première question est celle des sciences accessoires, et elle n'est pas nouvelle. Messieurs, voici ce qu'en disait un homme que j'aime à citer, et que je citerai encore, c'est Trousseau, le grand clinicien du siècle dernier :

« La vie d'un homme intelligent suffit à peine à « connaître la physiologie, la pathologie médico-chi« rurgicale et la thérapeutique : comment demander « à un élève de dissiper son attention dans des étu« des accessoires qui, pour n'être pas complètement « inutiles, sont cependant trop peu importantes pour « qu'on leur doive sacrifier la physiologie, la clini« que et la thérapeutique, sans lesquelles il ne peut « y avoir de médecin... »

Je n'en aurais pas dit autant, et je réclame même

pour l'anatomie, que Trousseau ne nomme pas, mais qu'il avait, je pense, aussi en vue. Je ne trouve pas inutile qu'on enseigne aux étudiants les sciences dites accessoires, mais je voudrais qu'on les enseignât un peu plus appliquées à la médecine et que cet enseignement fût rapproché de la clinique, de telle sorte qu'il n'empêchât pas les élèves de suivre l'hôpital dès leur première année. Car le médecin vivra toute sa vie avec la clinique et la thérapeutique, toute sa vie il devra examiner des malades et les soigner après avoir quitté l'école. C'est donc surtout de ce côté qu'il faut le renseigner et l'instruire.

La seconde question est celle des études anatomiques et cliniques.

Pour l'anatomie, tout le monde, je crois, est d'accord ; l'importance des études anatomiques ne saurait être exagérée ; et nous, chirurgiens, nous trouvons qu'on ne l'étudiera jamais assez. Le temps consacré aux dissections est vraiment trop court pour permettre d'acquérir des connaissances qu'il faut apprendre, oublier et apprendre vingt fois avant d'en posséder même les traits essentiels. Il faut vraiment le dévouement et la science de nos maîtres des Facultés pour que les résultats actuels puissent être obtenus.

Pour les études cliniques, je citerai encore ce que disait Trousseau dans l'admirable *Introduction* à ses cliniques :

« *Du jour qu'un jeune homme doit être médecin*, disait-il, *il doit fréquenter les hôpitaux.* »

Nous ne dirons pas autre chose aujourd'hui: Du jour qu'un jeune homme commence à étudier la médecine, il doit fréquenter assidûment l'hôpital, et j'ajouterai: la dissection. Etudes cliniques et études anatomiques, ce sont là les fondements, ce sont les véritables bases de toute éducation médicale sérieuse. L'étudiant doit suivre l'hôpital pendant toute la durée de ses études, s'y exercer à l'observation et à l'examen des malades et étudier, sans relâche, l'art difficile du diagnostic ; c'est à ce prix seulement qu'il peut devenir un praticien instruit et utile à ses malades.

Les difficultés de la clinique ne sont pas celles qui s'apprennent dans un manuel et en quelques mois de leçons ; elles se présentent encore à nous après une longue pratique et une expérience prolongée ; ce sont des problèmes qui se posent toujours de façon nouvelle, leur solution n'est jamais la même, et nous ne pouvons arriver à en acquérir la maîtrise que par une très longue étude de ces difficultés sans cesse renaissantes.

L'importance des études cliniques est d'autant plus grande aujourd'hui que le nombre des maladies dans lesquelles une décision opératoire peut s'imposer brusquement est plus considérable.

On dit assez habituellement que le jeune docteur prendra peu à peu, dans la pratique, l'expérience qui fait défaut ; je le veux bien, mais il est nécessaire qu'il ait, avant de quitter l'Ecole, des connaissances précises, des règles sûres qui lui permettent d'arriver au diagnostic et de ne pas errer grossièrement. Il faut qu'il ait déjà une vue assez nette de la clinique pour emporter avec lui des convictions arrêtées sur le secours qu'il peut attendre de la thérapeutique médicale et chirurgicale.

Il ne s'agit plus aujourd'hui de faire, comme autrefois, une médecine de symptômes et de regarder paisiblement les maladies évoluer sans se donner la peine de faire un diagnostic précis ni de prendre une décision.

Nous avons connu jadis ces praticiens-là ; l'inaction, l'inertie, étaient leurs seules armes... et elles étaient redoutables ! Elles le seraient encore plus aujourd'hui, car beaucoup de lésions internes qui étaient autrefois au-dessus des ressources de l'art, et qu'on laissait par force évoluer naturellement vers leur fin, bonne ou mauvaise, doivent être interrompues dans leurs cours par notre intervention.

Qu'il s'agisse d'une pleurésie purulente, d'une collection interlobaire, d'un abcès cérébral, d'une cholécystite, d'un ulcère de l'estomac ou d'une hémorragie pelvienne, le devoir est le même ; il faut, avec le plus grand soin, surveiller la marche de la maladie et intervenir en cas de danger. Nous ne pouvons plus laisser *agir* la « *bonne nature* » que si nous voyons son « *action* » tendre vers la guérison, et nous avons plus d'un moyen de nous en assurer. Si, au contraire, nous voyons cet *action médicatrice* faiblir, notre abstention ne s'explique plus et devient absolument condamnable, puisque nous avons dans l'instrument tranchant le moyen de parer à la plupart des dangers causés par les maladies que nous avons en vue.

Eh bien ! pour que le jeune médecin ait la pleine conscience des devoirs que lui impose sa profession il faut qu'une longue et assidue fréquentation de l'hôpital l'ait mis en pleine possession de toutes les responsabilités qui pèsent sur lui. Il faut absolument qu'il soit en état de faire un diagnostic exact dans la plupart des cas, et de voir les solutions thérapeutiques que ce diagnostic comporte.

L'hôpital n'est pas seulement une école de diagnostic et de traitement ; c'est là seulement que les questions de pure science peuvent être exposées de façon à frapper l'esprit de l'étudiant, à retenir son attention et à se fixer dans son souvenir.

C'est à propos du malade que le laboratoire doit intervenir pour éclairer le diagnostic, élucider la pathogénie, diriger le traitement.

Enfin, à un tout autre point de vue, c'est à la salle d'hôpital que se complète non seulement l'instruction, mais l'éducation du médecin, car nous lui enseignons autre chose qui ne peut s'enseigner que là : nous lui enseignons qu'il ne suffit pas d'être un médecin instruit, un chirurgien habile, mais qu'il faut encore faire preuve de ces qualités morales sans lesquelles on n'arrive pas à être un médecin complet. Respecter son art, l'exercer dignement, suivre les règles de la déontologie, montrer à son malade qu'on est pour lui non pas un étranger, mais un ami bienveillant, et lui donner la confiance qui complète le traitement, voilà ce qui ne se peut apprendre qu'à la clinique, au lit même du malade.

Nous ne pouvons espérer faire de progrès sérieux dans le traitement chirurgical des maladies internes qu'avec des médecins habitués à faire le diagnostic dès le début, d'après les troubles fonctionnels, et non d'après des signes trop évidents qui montrent que la maladie a bientôt accompli sa marche entières, jusques et y compris la période terminale, pendant laquelle aucune médication n'a plus chance de succès ; c'est pour cela que la question de l'enseignement se lie intimement aux nécessités présentes de la chirurgie, et c'est pour cela que j'ai tenu à en parler devant vous.

Nous avons bien un espoir, mais peut-être sera-t-il déçu ! Nos étudiants vont passer désormais deux années au service militaire. Je ne vois pas d'emploi plus utile de ces deux années que le perfectionnement de leurs études médicales, surtout en ce qui concerne les matières les plus ardues, celles qu'on n'apprend bien que lorsqu'on y est un peu contraint. L'occasion est belle d'organiser, avec l'aide de nos collègues de l'armée, un enseignement irréprochable qui bénéficierait un peu du recueillement et de la discipline militaires. Les résultats obtenus à l'école de Lyon sont de ceux qu'on peut louer et admirer.

L'intérêt du pays n'est-il pas d'avoir, en temps de paix comme en temps de guerre, des médecins instruits et expérimentés ? Ces deux années, au lieu d'être un retard et une difficulté pour les études médicales, pourraient devenir un moyen de les perfectionner, pour le plus grand bien du public.

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Documents parisiens.

Ils nous arrivent de Toulouse par la *Fédération médicale du Sud-Ouest*, dans laquelle M. le Dr Maurel a lancé son idée qu'une habile et tenace rédaction soutient et propage avec ardeur.

Voici ce que dit M. Victor Parant dans le n° de juillet 1906.

Mutualités et indemnité quotidienne de maladie.

La chronique que la *Fédération médicale* publiait sous ce titre, il y a deux mois et qui reprenait, avec des exemples nouveaux à l'appui, une question déjà étudiée ici même par MM. Maurel (janvier-février 1903) et Baylac (août 1905, p. 14), nous a valu une intéressante correspondance dont nous ne pouvons malheureusement reproduire qu'une partie.

Notre réponse nous servira à mettre au point quelques détails. La question est, on le sait, d'actualité plus que jamais puisqu'il existe une Commission officieuse, réunie sous la présidence de M. Loubet, et composée par moitié de mutualistes et de médecins, qui a pour objet de résoudre le conflit médico-mutualiste. Le resultat qui interviendra aura certainement un retentissement suffisant pour produire un important courant d'opinion qu'il serait difficile peut-être de remonter. Il y a donc tout intérêt à agir vigoureusement pour que le corps médical n'ait pas à en pâtir ; nous avons déjà vu combien la solution de l'*indemnité quotidienne* lui était favorable en même temps qu'aux mutualistes, puisqu'elle garantissait l'exécution de notre formule de ralliement : *liberté du choix du médecin par le malade.*

« Nous sommes donc au moment critique, nous écrit M. le Dr Maurel : si nous n'arrivons pas à une solution équitable après cette grande consultation, le corps médical aura à supporter les conséquences de son indolence pendant longtemps, tandis qu'un effort sérieux peut nous faire réussir. »

M. le Dr Mondot, en approuvant nettement l'idée fondamentale, qui « répond à un besoin de la liberté et de la confiance du malade », voudrait nous signaler un défaut et demande que « la Société se charge de solder d'abord le médecin et le pharmacien librement choisis par le malade ; le restant de la somme fixée aux Statuts sera versée à ce sociétaire. Car, ajoute-t-il, comme le fait s'est produit, le sociétaire touchera son indemnité et ne pensera plus au médecin. »

Nous sommes d'accord pour trouver ce nouvel arrangement plus sûr pour le médecin. Malheureusement, là n'est pas la question. La question est la suivante : En défendant l'indemnité quotidienne de maladie nous défendons un système également favorable au médecin, au mutualiste, à la Société de secours mutuels. Celle-ci y trouve, entre autres avantages, d'avoir une comptabilité médico-pharmaceutique simplifiée presque jusqu'à la suppression. Ne lui demandons pas ce qui nous agrée en lui laissant ce qui est pour elle une charge. Les rapports d'affaires entre médecins et mutualistes sont désastreux pour tous les deux. Le Dr Baylac l'a nettement prouvé dans la conférence sur l'Hygiène sociale que la *Fédération médicale* a publiée (juillet-août 1905) et à laquelle nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer nos lecteurs ; or, l'indemnité quotidienne supprime la presque totalité des rapports d'affaires ; il ne restera plus que des relations amicales. Ce résultat n'est-il pas suffisamment beau ? Nous n'aurons plus alors qu'à avoir avec nos clients mutualistes, devenus solvables parce que mutualistes, les mêmes relations qu'avec les autres.

Nous avons enfin reçu une lettre fort aimable de M. Dedé. Elle nous est précieuse parce que le rédacteur en chef de la *Mutualité Française*, dont le nom est fort connu, est un des auteurs mutualistes qui ont le plus préconisé l'indemnité quotidienne.

« Le système de l'indemnité quotidienne fonctionne à merveille, nous dit-il, dans la plupart des Sociétés que j'ai constituées. » Or, ces *Sociétés sont déjà au nombre d'une centaine* et nous reproduisons plus bas, comme documents, les articles principalement intéressants pour nous de l'une d'elles, l'Union des Familles du XIVe arrondissement, à Paris.

M. Dedé ajoute : « Le conflit médico-mutualiste n'aurait jamais existé et se solutionnerait heureusement si les mutualistes voulaient adopter le système que je préconise. Il est bien entendu que la première visite médicale doit toujours être à la charge de la Société, aussi bien dans l'intérêt de la caisse de celle-ci que de la santé du participant. »

Solution fortunée que celle qui reçoit l'appui chaleureux de mutualistes parmi les plus compétents et les plus amis du progrès raisonné, ainsi que de médecins praticiens en éveil contre les excès de la mutualité, mais favorables à son heureux développement. Solution d'ailleurs claire et facile. A l'œuvre donc pour persuader les fondateurs de Sociétés nouvelles de l'adopter et les dirigeants de Sociétés anciennes de transformer leurs statuts.

V. P.

Documents

Extraits des Statuts d'une Société de secours mutuels donnant l'indemnité quotidienne de maladie.

Cette Société est l'*Union des familles du XIVe* (Paris), elle est organisée, sous le patronage de l'*Union centrale mutualiste* boulevard de Latour-Maubourg, (1, Paris VIIe) où l'on peut se procurer les Statuts complets et tous les renseignements utiles. L'Union des Familles du XIVe est, en outre, une Société de secours mutuels familiale. Elle réalise donc les perfectionnements les plus modernes de la mutualité.

Article 27. — Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle établie de la façon suivante au moment de leur admission pour toute la durée de leur sociétariat ;

1 franc pour les sociétaires, admis	de 16 à 23 ans incl.
1 fr. 50........................	de 24 à 30 —
1 fr. 75........................	de 31 à 40 —
2 francs........................	au-dessus de 40 ans

Dans chacune de ces catégories, à partir de 24 ans, la femme dont le mari fera partie de la Société, paiera une cotisation inférieure de 0 fr. 50, et les femmes isolées paieront une cotisation inférieure de 0 fr. 25.

De trois à seize ans, les jeunes sociétaires verseront une cotisation mensuelle de 0 fr. 50. Cette cotisation sera abaissée à 0 fr. 30 par enfant pour les familles adhérentes qui auront deux enfants ou moins affiliés à la Société. A partir de cinq, le cinquième compris, les enfants seront admis sans cotisation.

A l'age de 16 ans, ils passent dans la catégorie des adultes.

Art. 32. — Après trois mois de stage, à dater de leur admission, les membres participants ont droit à une indemnité quotidienne de maladie, fixée de la façon suivante, pendant le laps de temps qu'ils doivent rester au lit :

2 fr. 50 pour les hommes à partir de l'age de 16 ans et les veuves ayant au moins deux enfants agés de 15 ans au plus.

1 fr. 50 pour les femmes à partir de l'âge de 16 ans.

0 fr. 75 pour les enfants de l'un ou l'autre sexe, âgés de moins de 16 ans.

La même allocation sera accordée pour le cas de cassure qui, n'obligeant pas le sociétaire à garder le lit, entraînerait pour lui l'incapacité de travail.

Si la maladie n'exige pas que le malade reste au lit ou à partir du jour où le malade pourra se lever, l'indemnité quotidienne sera réduite de la façon suivante ;

1 fr. 50 pour les hommes à partir de l'âge de 15 ans.
1 fr. pour les femmes à partir de l'âge de 16 ans.
0 fr. 50 pour les enfants de l'un et l'autre sexe âgés de moins de 16 ans.

Art. 34. — Lorsqu'un sociétaire est malade, il fait avertir le Secrétaire qui avise les visiteurs en fonctions et le médecin. Le médecin fera, à la charge de la Société, une visite au sociétaire ou lui donnera une consultation pour constater et contrôler la maladie et prescrire les premier soins.

La cessation de la maladie est déclarée par le sociétaire lui-même ou, à son défaut, par les Visiteurs et contrôlée en tant que de besoin par le médecin.

Art. 35. — La Société n'accorde pas des secours aux femmes dont les indispositions mensuelles occasionnent une cessation de travail.

A partir du jour de la naissance de chaque enfant une allocation quotidienne de 1 fr. 50 sera accordée à la mère de famille faisant partie de la Société avec son mari depuis au moins neuf mois. Cette allocation sera accordée pendant un maximum de vingt et un jours et à condition que la femme ne se livre à aucun travail fatigant on interdit par le médecin.

Si à l'expiration de ce délai, la femme devait encore garder le lit par suite de complications survenues dans son état, la Société lui accordera une allocation quotidienne de 1 fr. pendant un maximum de trente jours.

Art. 39. — Les sociétaires restent entièrement libres de choisir leurs médecins et leurs pharmaciens. Le Conseil leur fera néanmoins connaître ceux qui voudront bien consentir un tarif réduit et les conditions demandées à ce sujet.

Art. 47. — Tout membre qui prononce des paroles injurieuses contre... le médecin.... encourt une amende de 2 francs.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le libre choix du médecin par le blessé au point de vue exclusivement déontologique.

Sous le titre « Déontologie et accidents du travail » le Dr Ravon pose une question intéressante dans la Revue *La Loire Médicale*. Pour permettre à nos lecteurs de résoudre eux-mêmes ce petit problème déontologique nous allons placer sous leurs yeux l'excellent article de notre confrère Ravon et la solution que nous donnons :

Déontologie et Accidents de Travail.

(*La Loire Médicale*, 15 sept. 1906.)

La loi sur les accidents du travail et son application soulèvent, en médecine, bien des problèmes et des controverses, et c'est un point *déontologique* touchant cette branche de notre art — point qui, à ma connaissance, n'a jamais été bien discuté — que je me propose d'exposer, en demandant à mes confrères stéphanois, plus particulièrement intéressés, quelle en est la solution. Des exemples feront mieux comprendre les faits envisagés.

Voici un premier cas — normal, quotidien, et qui ne soulève, je pense, aucune discussion : Un ouvrier est blessé ; son patron l'adresse au médecin qui lui a été désigné par sa compagnie d'assurance, le blessé ne s'y rend pas et va chez le médecin de son choix. C'est son droit et personne — sinon l'agent d'assurance — ne critiquera le médecin choisi de donner ses soins au blessé.

Deuxième cas. — Le blessé va tout d'abord chez le médecin de l'assurance ; puis — soit qu'il se juge mal soigné, soit qu'il veuille simplement profiter, un peu tardivement, de la liberté que la loi lui donne de choisir son médecin — il quitte ce premier médecin et, *en cours de traitement*, demande à un autre médecin de le traiter. Que doit faire ce médecin et quelle conduite doit-il tenir vis-à-vis de son confrère ?

Il n'est pas douteux que le blessé a le droi absolu d'agir comme il le fait et de s'adresser au médecin en qui il a confiance, et le corps médical a généralement considéré comme une victoire la reconnaissance légale de ce droit du blessé. Mais d'autre part les usages de bonne confraternité qui existent tout spécialement à Saint-Etienne, ne s'opposent-ils pas formellement à ce que le médecin se prête à ces fantaisies de malades qui changent de médecins plus souvent que de.. chemise, et le plus généralement sans raison valable ?

Il y a là certainement matière à embarrasser quelque peu le médecin scrupuleux qui tient à concilier les règles déontologiques, la loi, les droits du blessé et aussi — n'est-ce pas son droit — son intérêt qui le pousse à ne pas rejeter un malade que, sûrement, un confrère moins pointilleux recueillera.

D'une façon générale on admet que, dans le cas envisagé, et qui se présente assez fréquemment, un médecin peut, sans déloyauté, panser « secondairement » un tel blessé. *En effet, ce blessé n'est pas un client proprement dit du médecin de la compagnie d'assurance : il est venu chez celui-ci adressé par le patron ou la compagnie* ; il n'est pas venu chez M. le docteur X., mais bien chez le médecin officiel de l'assurance ; la personnalité du médecin de la compagnie disparaît en quelque sorte derrière *celle du fonctionnaire* de la compagnie. et. comme ce *fonctionnaire est des plus instables*, qu'il se nomme X. aujourd'hui, Y. demain, s'il plaît à la compagnie ou à l'agent même de changer — le médecin choisi par le blessé a parfaitement le droit d'ignorer la compagnie d'assurances et ses fonctionnaires successifs : il ne viole pas les règles de la bonne confraternité qui ne sauraient être invoquées dans ce cas.

Troisième cas. — Le troisième cas que je désire exposer est certainement plus intéressant et plus embarrassant au point de vue déontologique que celui qui précède. Certaines grandes indusiries ne sont pas assurées sur les accidents, elles « s'assurent elles-mêmes » comme on dit : telles sont les compagnies de chemins de fer, certaines grosses manufactures, les compagnies de mines, etc. Jusqu'à présent, le service des blessés de ces industries a été assuré *exclusivement*, et moyennant un appointement fixe, par un ou plusieurs médecins choisis par l'administration ; mais actuellement une campagne active est menée pour que ces blessés — les mineurs plus spécialement — puissent jouir, comme les autres ouvriers, du droit de choisir leur médecin.

J'ai vu, personnellement, un mineur blessé venant me demander des soins et j'ai été embarrassé... Comme cette question intéresse tous les médecins — surtout si l'on songe qu'il y a par an à Saint-Etienne et les environs près de quatre mille mineurs blessés — qu'elle doit tôt ou tard être posée et résolue, je prends la liberté de demander au corps médical stéphanois et au syndicat des médecins de Saint-Etienne, quelle est la conduite que doit tenir un médecin d'un mineur blessé venant demander des soins et ne voulant pas sous un prétexte quelconque recevoir ceux du médecin de la compagnie. Doit-il, déontologiquement parlant, soigner ce blessé?

La réponse parait simple si on se dit — comme m'a dit un confrère que j'interrogeais à ce sujet : — « Il n'y a qu'à considérer le mineur comme un ouvrier quelconque, et les compagnies minières comme des compagnies d'assurances. » Au point de vue légal strict, cette réponse est juste : l'ouvrier a le droit indiscutable de m'appeler et la compagnie minière ne pourra pas refuser de régler ma note d'honoraires établie selon le tarif officiel ; et cependant j'ai été gêné pour répondre oui à la question posée plus haut.

J'ai voulu m'éclairer d'avantage sur les causes du

conflit et j'ai interrogé deux à trois syndicalistes influents et leur réponse a été à peu près celle-ci : « Jusqu'à la loi de 1898 tous les ouvriers blessés,les mineurs en particulier, acceptaient les soins du médecin de la compagnie avec plaisir ; et, il faut le reconnaître, bien rares étaient les réclamations, des médecins — choisis parmi les plus honorables et nommés à vie en quelque sorte — s'attachant à donner leurs soins les plus dévoués et à rester aussi neutres qu'ils le pouvaient entre l'administration et le blessé. Depuis la loi de 1898, le nombre des blessés est allé en augmentant considérablement et le nombre des conflits entre compagnies et mineurs a cru aussi dans de grandes proportions ; le médecin a dû fatalement se montrer moins bienveillant, plus sévère envers certains blessés, peut-être trop exigeant, qui lui en ont gardé rancune et ne l'ont plus considéré comme impartial. La liberté accordée par la loi au blessé de choisir son médecin,l'action des syndicats ouvriers, les articles des journaux socialistes, les conférences dans les centres miniers aidant, beaucoup de blessés *n'ont plus accepté* désormais, mais *subi*, les soins du médecin de la compagnie. De là à s'en libérer il n'y avait qu'un pas ; ce pas,de nombreux mineurs l'ont franchi ou se disposent à le franchir. Ce n'est plus une possibilité, *c'est un fait* — et ce fait ne peut laisser froid le corps médical ».Voilà à peu près ce qu'on m'a dit sur l'origine de ce mouvement.

La légitimité de cette revendication est-elle une raison suffisante pour que les médecins lui accordent leur appui ? C'est ce que personnellement je n'ai pas voulu résoudre pour une foule de motifs assez indéterminés :peut-être parce que je ne mets pas au même niveau les compagnies de mines et les compagnies d'asssurances, les premières beaucoup plus importantes et plus sérieuses. Est-ce parce que ces compagnies minières,*payant elles-mêmes* les frais entraînés par l'accident, je leur reconnais implicitement, en mon honnête naïveté. le droit (que ne leur reconnait pas la loi) de commander... et par suite de désigner le médecin ? N'est-ce pas plutôt parce que depuis longtemps les choses se passent ainsi et que j'ai le respect des traditions et des situations acquises ; que je m'en voudrais d'attirer un blâme ou un ennui à un confrère, médecin de compagnie minière, à qui cette compagnie fera peut-être supporter les conséquences de la liberté prise par les blessés ; qu'enfin je ne suis pas encore bien fait à cette idée qu'en matière d'accident du travail, les règles ordinaires déontologiques n'existent plus et que si, en clientèle courante, il n'est pas propre de prendre un malade à un confrère, cela n'a pas d'importance si ce malade est un blessé... ?

Bref, je n'ai pas trouvé de raison suffisante seule pour expliquer mon embarras : mais devant le mineur blessé venu me consulter j'ai hésité sur le parti à prendre, et finalement j'ai tourné la difficulté en prévenant le blessé qu'il aurait à me payer lui-même mes honoraires et que muni de mon reçu, il se ferait rembourser par sa compagnie la somme versée. Mais ce n'est pas là une solution pratique et j'ai presque du remords d'avoir élevé ainsi un obstacle à l'accomplissement d'un droit absolu, légal de ce blessé ; je n'aurais certainement pas agi de la sorte envers un blessé quelconque, non mineur, couvert par une compagnie d'assurances. Je fus d'ailleurs le premier puni, car mon homme ne revint pas.

Mais d'autres peuvent revenir, si ce n'est pas chez moi c'est chez vous ; il faut donc solutionner cette question que je pose à tous mes confrères et en particulier aux médecins de compagnies minières : *Un médecin a-t-il le droit, déontologiquement parlant, de donner des soins à un ouvrier blessé, un mineur en particulier, qui ne veut pas, sous un prétexte quelconque, recevoir les soins du médecin de compagnie ? En d'autres termes : Un médecin de sa compagnie peut-il envisager le fait de soigner un tel blessé comme un acte déloyal et de mauvaise confraternité ?*

Je ferai connaître les réponses si j'en reçois.

Dr Ravon.

Il est bien entendu qu'au point de vue strictement légal, le Dr Ravon ne constate nullement ni le droit du blessé, ni le droit du médecin ; il se place uniquement au point de vue des usages et des mœurs médicales.

Nous n'examinerons donc pas la question au point de vue légal puisque ce droit légal pour tout médecin de soigner tous les blessés qui se présentent à son cabinet est accepté.

Nous resterons nous aussi sur le terrain déontologique. Même à ce point de vue spécial et professionnel nous pourrions trancher la question d'un mot en disant :

En aucun cas les règles et les usages d'une profession (qu'il s'agisse de médecins, d'avocats, notaires, etc , etc.) ne peuvent être contraires aux lois de leur pays ou tendre à entraver le jeu régulier de ces lois ; en conséquence tout usage établi ou qui tendrait à s'établir, et qui aurait pour résultat d'empêcher le blessé d'user du droit légal de choisir son médecin, devrait être modifié ou disparaître des mœurs médicales pour ne pas faire considérer par le gouverment les médecins comme une classe de citoyens en révolte contre les lois de leur pays. Et nous dirons : tout acte qui tend à faciliter le fonctionnement des lois est déontologique.

Même en dehors de cet ordre d'idées, en examinant la question au point de vue des règles professionnelles qui ont toujours été en vigueur,la solution doit être favorable à la liberté entière du médecin et du blessé. Le troisième cas cité par le Dr Ravon est le point épineux, le 3e cas en litige.

Aidons-nous pour solutionner cette 3e question des arguments qui ont servi à résoudre les 2 premières. Dans le 1er cas où *dès le début* du traitement, le blessé, au lieu d'aller chez le médecin désigné par le patron, va chez le médecin de son choix, pourquoi est il admis que déontologiquement le médecin choisi par le blessé ne prend pas le client du médecin de la Cie, client qui lui avait été adressé cependant par le patron ?

Parce que nos règles déontologiques blâment formellement tout médecin qui cherche par l'intermédiaire d'un tiers (rabatteur, pisteur, réclame, marché spécial avec une mutualité ou toute autre collectivité) à attirer dans son cabinet un malade qui, sans cette intervention, se serait peut-être adressé à un autre de ses confrères. Parce que précisément, dans le cas qui nous occupe, le médecin de la Cie ne voit venir chez lui des blessés qui l'ignorent totalement que parce qu'ils y sont poussés par des tiers rabatteurs, le patron et l'agent de la Cie. Que ces rabatteurs n'adressent les blessés aux médecins des Cies que parce que ces médecins leur ont fait parfois une remise sur le tarif officiel et leur paye ainsi une véritable commission pour qu'ils détournent les clients de leurs autres confrères, et qu'ils poussent par tous les moyens ces blessés dans les cabinets des médecins de Cies.

Dans le 2e cas, où, même au cours du traitement, un blessé abandonne le médecin de la Cie pour aller trouver un autre médecin, pourquoi est-il admis que déontologiquement ce second médecin ne prend pas le client du médecin de la Cie qui avait pourtant commencé à soigner ce blessé ?

Parceque, dit notre confrère Ravon : « ce blessé « n'est pas un client proprement dit du médecin « de la Cie d'assurance. Il n'est pas venu chez « M. le Dr X., mais bien chez le médecin officiel « de l'assurance ; la personnalité du médecin de

« la Cie disparaît derrière celle du *fonctionnaire* « de la Cie, fonctionnaire des plus instables, qui « se nomme X... aujourd'hui et se nommera V. « demain, s'il plaît à l'agent de la Cie d'en chan- « ger ; le second médecin choisi par le blessé a « donc le droit d'ignorer ces fonctionnaires suc- « cessifs ».

Puisque les médecins de la Loire sont tous d'accord sur la conduite à tenir vis-à-vis des médecins de Cies d'assurances, pourquoi quelques-uns pourraient-ils vouloir qu'on agisse autrement à l'égard des médecins des mines ? Nous ne supposons pas un instant que les médecins des mines consentent volontiers à sacrifier leurs collègues médecins des Cies d'assurances, mais nous croyons qu'ils ne veulent pas que l'on touche à leurs prétendus privilèges de médecins des mines. Les raisons que l'on fait deviner sont tout autres et les voici :

1° Les sociétés des mines sont plus importantes et plus sérieuses que les Cies d'assurances.

2° Comme c'est la Cie qui paye, elle doit avoir le droit de commander et de désigner le médecin.

3° Il faut respecter les situations acquises par les médecins des mines.

4° Les Cies minières changent moins souvent de médecins que les Cies d'assurances. Les médecins des mines sont pour ainsi dire nommés à vie.

5° Les médecins des mines sont choisis parmi les plus honorables.

6° Il faut enfin respecter les traditions.

Au premier de ces arguments nous répondrons que toutes les sociétés minières se ressemblent, qu'elles soient du Nord ou du Midi, et que, comme les Cies d'assurances, elle font passer l'intérêt de la caisse avant la santé et la sécurité des ouvriers. Elles viennent de le prouver surabondamment à Courrières ! Si elles ont établi un service médical, c'est surtout pour exercer une police médicale au-delà de l'atelier jusqu'au domicile du blessé. C'est ce qui explique qu'elles obligent leurs ouvriers à se faire soigner par un médecin qui est sous l'autorité d'un ingénieur ; c'est pour cela qu'elles donnent le médecin au lieu d'accorder une indemnité maladie qui permettrait à chaque malade ou blessé de choisir son médecin, comme cela se fait en Amérique pour les ouvriers des mines, des chemins de fer, etc., etc.

Quant au second argument, qui consiste à dire que la Cie a le droit de commander et de choisir le médecin, parce qu'elle paye, il est une preuve de plus que, pour les Cies des mines, il n'y a que la caisse qui compte. Nous avons déja répondu plusieurs fois à cet argument (*Concours médical*, 6 mai 1906, page 310 ; 17 juin 1906, page 423) que si, dans un accident, la caisse du patron est en jeu, il ne faut pas oublier non plus que la santé et la vie du blessé sont également engagés ; que cette dernière question doit passer avant celle de la caisse et que si, par conséquent, quelqu'un doit commander et choisir le médecin, ce n'est pas celui qui expose sa caisse, mais celui qui expose sa santé et sa vie ; et nous avons dit : à celui dont la caisse est en jeu, le droit de contrôler les dépenses médicales, mais à celui dont la vie et la santé sont en question, le droit de choisir son médecin. Dans « *Les lacunes de la loi* » (pages 75-77), nous avons dit que l'automobiliste qui enfonce une devanture sera obligé d'en payer les réparations, et que cependant ce ne sera pas son architecte, mais l'architecte du propriétaire de la maison qui commandera, fera exécuter les travaux. Donc, là encore, ce n'est pas celui qui paye qui commande.

3° Enfin, il ne faudrait pas que les autres médecins de la région acceptent de soigner les ouvriers des mines parce qu'il y a des « *situations acquises* » qu'il faut respecter, que les ouvriers des mines, lorsqu'ils sont malades, sont la propriété exclusive des médecins attachés à la mine. Nous pensons que « les situations acquises » ne peuvent être respectées que si elles ont été acquises sans causer préjudice à personne et légitimement acquises.

Pour qu'une montre me soit acquise, il ne faut pas seulement qu'elle ait passé de la poche de mon voisin dans la mienne et qu'elle soit dans ma poche depuis des années, il faut qu'elle m'ait été volontairement cédée par son propriétaire.

Or, existe-t-il un contrat entre l'ouvrier des mines, possédant incontestablement le droit de veiller à sa santé, et le médecin de la mine, au terme duquel le mineur a confié sa santé au médecin choisi par l'ingénieur ? Non, ce contrat n'existe qu'entre le médecin de la mine et les directeurs de la mine, qui ont cédé aux médecins une chose qui ne leur appartenait pas : « la santé de leurs ouvriers ». Ce contrat ne peut donc pas lier les ouvriers envers le médecin de la mine. Il ne peut pas lier davantage les autres médecins envers le médecin de la mine puisque celui-ci ne peut pas se dire propriétaire d'une chose qui ne lui a pas été cédée par celui qui en était le propriétaire. D'autre part, est-ce qu'il n'y a pas eu là, entre le médecin de la mine et les directeurs de la mine qui obligent les blessés et les malades à se rendre chez un médecin désigné, ce marchandage, condamné par la déontologie, entre un médecin et un rabatteur qui détourne les ouvriers de la mine des autres médecins de la région ? C'est le médecin de la mine qui, en faisant aux directeurs de la mine une remise énorme sur le prix du traitement d'une certaine catégorie de malades, a pris les clients des autres médecins et leur a fait un tort considérable si l'on songe que dans la seule région de St-Etienne il y a 4.000 accidentés du travail. Comme au prix du tarif on peut dire que chaque traitement d'accidenté doit être payé en moyenne 25 fr. au médecin, on voit que les médecins des mines causent à leurs confrères de la région un préjudice énorme en monopolisant (cent quatre-vingt mille francs, rien que pour le traitement des blessés et sans parler des malades). Rien ne peut justifier de telles situations ainsi acquises. En gardant et en soignant les blessés des mines, les médecins étrangers à la mine ne font que reprendre le bien qui leur a été illégitimement enlevé !

4° Est-ce que parce que les médecins des mines sont pour ainsi dire nommés à vie qu'il faut agir autrement avec eux qu'avec les médecins des Cies d'assurances que l'on change comme de cuisinière ? Que le médecin qui cherche à enlever à l'aide de rabatteurs les clients de ses confrères soit désigné à vie ou remplacé de temps à autre par une autre personne qui agit de même il n'y a pas de différence. Qu'importe aux autres médecins que le confrère néfaste change de nom puisque l'action funeste se continue ? L'agent nocif change, la dol persiste.

5° Les médecins de mine seraient choisis parmi les plus honorables ! Voici deux médecins exer-

çant dans la même région. L'un a 150 clients qui viennent librement chez lui et 50 autres qui n'ont recours à ses soins que par crainte d'être chassés de l'atelier où ils gagnent leur vie. L'autre a aussi 200 clients, mais aucun d'eux n'est poussé près de ce médecin par un patron, ces 200 clients viennent tous chez lui parce qu'il a su gagner leur confiance. Des deux, c'est ce dernier médecin qui est le plus honorable. Il a compris que la dignité du médecin ne lui permettait de donner ses soins qu'à ceux qui venaient librement à lui. Ce ne sont donc pas les médecins attachés à des entreprises industrielles qui sont les plus honorables médicalement parlant. Au lieu d'aller aux plus habiles dans l'art de guérir, les titres et les honneurs vont le plus souvent à ceux qui sont les plus experts dans l'art de manier la brosse et l'encensoir ; il faut toujours distinguer avec soin les reliques de ceux qui les portent.

6° Et le respect des traditions qui justifie tous ces abus, tous ces détournements de clients, qu'en faites-vous donc, dira-t-on ? Voilà : quand vous dites à un brave campagnard qu'il doit faire bouillir l'eau de son puits, il vous répond que son père ne la faisait pas bouillir. C'est évidemment un homme qui respecte les *traditions*. Ce qui ne vous empêche pas de dire que c'est un malheureux qui s'entête dans la *routine*.

Direz-vous que le médecin qui prendra ainsi en seconde main le blessé déjà soigné par le médecin de la mine aura une tendance à faciliter à l'ouvrier son désir de prolonger son mal pour s'attirer sa clientèle. On pourrait dire alors que le médecin de la mine aura une tendance aussi à hâter la reprise du travail. Enfin un ouvrier n'est pour le médecin indépendant, qu'un petit client douteux au point de vue des honoraires Au contraire le médecin de la mine reçoit un traitement important et sûr; s'il contrecarre par trop l'ingénieur qui *veut éviter les frais de chomage*, il risque de perdre une grosse situation. Au point de vue de l'équité, la médecin de la mine offre donc moins de garantie que le médecin indépendant. Nous avons déjà établi ce fait (*Concours médical*, 16 mai 1903, page 318).

Oserait-on dire qu'en faisant des conférences aux ouvriers, qu'en publiant des articles dans les journaux socialistes ou autres, qu'en fondant des offices du travail pour permettre aux blessés d'user de leurs droits, on porte atteinte à la dignité médicale ?

Je rappelerai d'abord qu'en 1892, quand les médecins ont demandé au parlement le droit de se syndiquer, M. le professeur Cornil, le rapporteur de la loi, disait à la tribune: « Est-ce que les mé-« decins ne constituent pas des ouvriers qui, « pour ne pas travailler de leurs mains, — et encore « la pratique de la chirurgie nécessite une inter-« vention manuelle — sont les ouvriers d'un tra-« vail tout d'observation intellectuel et manuel à la « fois ? Comme ouvriers aussi, ils ont des intérêts « commerciaux. Pourquoi leur refuser le droit « d'association lorsqu'on l'accorde à toutes les au-« tres catégories d'ouvriers ». Enfin le médecin est un ouvrier parce que, comme le peintre, le sculpteur, l'écrivain, il vit du produit de son travail personnel et non pas du bénéfice qu'il retire du travail des autres comme le patron chef d'industrie qui fait des bénéfices sur le travail de ses employés. (*Officiel*, 21 mars 1892 et *Bulletin syndical des médecins de France*, page 615.)

« Si le mineur est un ouvrier aux mains noires, le médecin est un ouvrier aux mains blanches, » a dit M. Quillent, le président du Conseil des Prud'hommes de Paris. Le médecin qui tend la main à un ouvrier blessé pour l'aider à défendre ses intérêts médico-légaux ennoblit autant sa profession que celui qui trempe sa main dans le pus des plaies de l'indigent.

Voilà pourquoi au *Concours médical* nous n'avons cessé de dire à nos confrères qu'ils avaient le droit et le devoir de tout faire pour aider les blessés à user du droit que la loi leur a accordé de choisir leur médecin et pour répondre nettement à la question précise du Dr Ravon, nous dirons: « Un blessé déjà soigné par le médecin de la Cie, mais qui veut en changer et qui s'adresse à un autre médecin, ne fait qu'user de son droit. Le médecin qui, en prenant la suite du traitement déja commencé par le médecin de la Cie, ne fait que se prêter aux volontés du législateur; il fait acte de médecin compatissant et de bon citoyen. Dans ces conditions, un médecin de Cie n'est pas fondé à considérer cette manière d'agir comme un acte déloyal et de mauvaise confraternité.

Ceci s'applique également aux Cies de chemins de fer et à toutes autres.

DIVERNERESSE.

CORRESPONDANCE

Economies d'assureurs.

Y a-t-il lieu à impôt pour matériel de médecin installé dans un hôpital de l'Assistance ?

C., 1906, oct. le 5.

Mon cher confrère,

Je fais appel à votre bonne obligeance pour me donner votre avis sur les points suivants, dont le premier au moins est peut-être de nature à intéresser quelques lecteurs du *Concours* et pourrait figurer en ce cas à la correspondance sous mes initiales : F. G. à C.

1° J'ai souvent à traiter, pour le compte d'Assurances, des blessés qui ont besoin d'électricité ou de mécanothérapie. Les Assurances les mettent en pension chez un aubergiste et au point de vue « honoraires », je dois reconnaître que je n'ai jamais eu jusqu'à présent de difficultés avec elles.

Mais il arrive quelquefois qu'après m'avoir envoyé à examiner un blessé, et m'avoir demandé un rapport, ou simplement après m'avoir demandé mon avis sur un rapport d'un confrère, les Assurances renoncent à faire traiter des malades parfaitement curables parce que les frais de séjour et de traitement leur paraissent, d'après mon rapport, hors de proportion avec l'indemnité assez légère qu'elles auraient à payer au blessé non traité, et qui souvent guérit à peu près de lui-même après deux ou trois annuités. Je serais bien curieux d'être renseigné sur le caractère *légal ou illégal* de ce petit calcul plus malin qu'humanitaire.

Mais je dois dire qu'il ne faut pas compter sur les premiers intéressés pour le déjouer, les blessés ruraux étant invariablement pénétrés des sentiments de la plus vive reconnaissance pour les assureurs qui veulent bien me les amener pour que je les guérisse ou seulement pour que je dise si

cela ne coûterait pas trop cher de les guérir. On perdrait son temps à vouloir éclairer ce sentiment d'ailleurs estimable.

Réponse. — Quand l'Assurance a mis l'intérêt de sa caisse d'accord avec la *lettre* de la loi, elle estime son calcul *légal*. Si, comme dans votre cas, il y a illégalité devant *l'esprit* de la loi, les médecins sont seuls à s'en préoccuper.

2° Que puis-je avoir à payer comme impôts dans les conditions suivantes ?

Je possède chez moi une installation principale, pour l'électrothérapie, la mécanothérapie, etc... régulièrement imposée.

Mais d'autre part, pensant (avec le Concours, je crois) que tous les instruments et accessoires de la pratique médicale, hôpitaux compris, devraient devenir la propriété des médecins, j'ai installé, à l'hôpital, du matériel à moi, avec lequel j'assure à titre gratuit le service de radiologie, qui n'existe pas en dehors de cette installation.

J'ai d'ailleurs été régulièrement chargé de ce service par la commission des hospices dans ces conditions-là. Et, dans un but d'enseignement, je traite à l'hôpital, et non chez moi, les malades du département envoyés par l'assistance médicale gratuite. Ce sont là des malades payants, quoique payant peu. Puis-je être imposé pour cette seconde installation dans la même ville ?

D'autre part enfin, j'ai monté à L..., sous-préfecture du même département, une troisième installation dans un local communiquant avec l'hôpital et qui m'est concédé gratuitement par les hôpitaux comme à C... : j'assure le service radiologique à titre gratuit, mais je dispose des mêmes locaux pour le traitement payant des malades de la région. Il n'y a d'ailleurs que des locaux à usage médical, sans locaux d'habitation. Suis-je imposable pour cette installation de L.. ? Je pense que tout cela peut donner lieu à litige, et peut-être la situation légale dépend-elle d'une simple nuance à observer. Vous seriez bien aimable de me dire votre avis et aussi sur le principe même au besoin des installations de matériel lourd multiples.

Réponse. — S'il y a imposition à prévoir pour le matériel installé dans les locaux hospitaliers servant principalement aux assistés, accessoirement aux payants, c'est à l'administration de l'hôpital de les payer directement ou de vous les rembourser.

A propos du certificat SUPÉRIEUR.

Lettre d'un humble médecin de campagne à M. le Ministre de l'Instruction publique.

De par mon diplôme, vieux de vingt années, je suis désormais docteur *inférieur* en sciences médicales et ce, à dater de juillet 1906.

Ma néophobie, jusqu'alors cachée à tous les yeux, même aux miens, vient de se révéler et de me révéler toute l'étendue de mon imprudence bi-décennale !

Simple gradué ès sciences médicales inférieures et totalement dépourvu du certificat de RECITATIONS médicales supérieures, j'évitais, dans la vie courante, d'user des quelques boutons de cristal (ou de faïence) dont les hasards de la vie m'avaient pourvu.

Si ma carte de visite porte les initiales A. I. H. P. (étalage vaniteux dont je me repentirais si le repentir était à ma portée), elle ne porte point mention d'autres titres ; je cite pêle-mêle : membre de la Société de thérapeutique ; co-rédacteur du *Journal des Praticiens* (avec nom dans la manchette ? mais oui !) ; médailles d'argent ou de vermeil de l'Académie de médecine ; ancien préparateur de chimie (à Lyon) ; membre de la Société de médecine publique ; médaille de bronze de la gendarmerie (titre très rare et très difficile à obtenir) ; médaille d'argent du ministère de l'instruction publique (avec diplôme signé de vous, sauf erreur), pour conférences populaires, etc., officier d'Académie, palsembleu ! et médecin major du cadre auxiliaire du service de santé de l'armée ! (deuxième classe !).

Dans tout ceci pas trace d'imprudence, me direz-vous ! Je vous l'accorde, mais le chiendent est que j'avais, comme tout bon médecin de campagne, accaparé quasi autant de fonctions publiques (ou à peu près telles) que de titres. Et je viens vous signaler ces fonctions, d'ailleurs mal rémunérées, pour que vous puissiez les utiliser à caser vos futurs *certifiés supérieurs*.

Si vous ne les employez pas ainsi, à quoi serviraient-il, grands dieux ?

Je suis médecin vaccinateur *officiel* (ci, 117 francs par an sauf à fournir le vaccin, à faire les kilomètres et à perdre les heures) ; médecin des gendarmes (à l'œil) ; médecin inspecteur des écoles (à l'œil) ; médecin inspecteur des nourrissons (442 francs l'an avec le droit de me mettre toutes les nourrices à dos ainsi que leurs parents, alliés, cousins, maires, etc.) ; membre de la commission sanitaire de l'arrondissement (cent sous la séance, avec le droit de me mettre à dos les bouchers, charcutiers, industriels, maires, etc.) ; délégué cantonal (avec le droit de régaler à mon tour) ; médecin des S. S. M. d'adultes (qui deviennent raisonnables par ici) et scolaires (ce qui ne paye pas) ; médecin expert près le tribunal civil (ce qui paye douloureusement).

Voyez maintenant ! n'est-ce pas de l'impudence (sans r) que se conduire ainsi.

Vous allez sabrer là-dedans, hein ! C'est fini ces blagues-là. A tout le moins, il y aura là de la besogne pour deux ou trois *supérieurs*, agrégés manqués.

Car, de vos certifiés tirer quelque chose d'utile pour l'enseignement, il n'y faut point songer.

Nos Facultés périssent par deux fuites ; une à l'entrée : elles ne sont point libres en fait de se recruter ailleurs que dans le troupeau des bêtes à concours ; une en cours de route : nos professeurs font de la clientèle. — Votre certificat aggravera le premier mal et ne vise point le second ; — donc il ne sert à rien de ce côté.

Mais pour assurer des médecins à la gendarmerie il sera, évidemment, de prime utilité.

Nous sommes sept ou huit mille dans mon cas (au détail près) qui, impudemment, avons accaparé toutes les places — à la campagne ; — envoyez-nous vos certifiés et leurs mémoires supérieures (au féminin, s. v. p.) ; vous renverrez à votre collègue des Finances leurs mémoires s'ils sont supérieurs (au masculin, s. v. p) aux nôtres.

Vale et me ama.

Docteur Jean C...

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès des Etudiants de Marseille. — Au Congrès que les Etudiants viennent de tenir à Marseille la section de Médecine, qui était placée sous la présidence de M. le Professeur Pitres (de Bordeaux),

a été appelée à se prononcer sur les vœux suivants :

1° Suppression du P. C. N. (année préparatoire qui comprend les études de physique, chimie et histoire naturelle). Cette année d'études se passe dans une Faculté de sciences ;

2° Réduction à quatre années des études médicales. Ce chiffre semble être impliqué par la suppression entrevue du P. C. N. et semble être légitimé par l'application de la loi de deux ans ;

3° Orientation moins théorique de l'enseignement. Essayer de le rendre pratique et de faire, avant tout, un médecin praticien ;

4° Programme nettement délimité et divisé par années ;

5° Rétablissement des examens de fin d'année, comprenant une épreuve pratique et une épreuve orale ;

6° Organisation de travaux pratiques de petite chirurgie, de pharmacie et d'art dentaire ;

Après une longue discussion, à laquelle ont pris part Etudiants et Professeurs, ces vœux ont été adoptés, sauf le premier ayant trait au P. C. N. La majorité a conclu non pas à sa suppression, mais à la transformation de son programme, de façon à mieux l'adapter aux futurs besoins en médecine.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris. — Les cours professionnels des écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières de l'hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, de l'hopital de la Pitié, rue Lacépède, de l'hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, ouvriront le 4 octobre ; ces cours sont publics et gratuits et accessibles a tous les candidats qui justifient des connaissances exigées pour le certificat d'études, ainsi qu'aux étrangers.

L'enseignement, qui dure une année, comprend, outre les cours théoriques qui ont lieu le soir à huit heures, des cours pratiques faits par les surveillantes des hôpitaux ; le diplôme professionnel est délivré à la suite des examens de fin d'année.

Inauguration du sanatorium d'instituteurs. — Le sanatorium d'instituteurs, édifié à Sainte-Feyre-Guéret, après cinq années d'études et de travaux persévérants, a été solennellement inauguré le dimanche 7 octobre 1906.

La lutte contre la maladie du sommeil. — Le roi de Belgique vient de rendre le décret suivant :

Article premier. — Il sera alloué un prix de 200.000 fr. à quiconque, sans distinction de nationalité, découvrira le remède pour guérir la maladie du sommeil.

Art. 2. — Dès qu'il y aura lieu, un jury composé de trois médecins et présidé par un non-médecin, tous désignés par nous, examinera les titres et décidera de l'obtention du prix.

Le jury examinera si les conditions dans lesquelles le prix doit être attribué sont remplies. Il nous adressera un rapport sur le résultat de ses délibérations.

Art. 3. — Un crédit de 300 000 fr. est ouvert en vue d'effectuer et de favoriser les recherches de la maladie du sommeil au point de vue de son traitement et de sa prophylaxie.

Art. 4. — Ce crédit sera rattaché à l'article 4 du budget des dépenses extraordinaires de 1906.

Radiologie médicale. (1906, 9e année). *Cours de vacances.* par le Dr A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, tous les jours, du dimanche 14 octobre au dimanche 21 octobre. — Matin, 10 heures. Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie. Matin, 11 heures. Examens pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et de l'estomac. Soir, 2 heures. Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique, librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, commencera le *dimanche* 14 *octobre* 10 *heures du matin*, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie (2e étage). — Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 15 octobre, dans le laboratoire du Dr Béclère. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer à la fois, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible).

Les aumôniers des hôpitaux. — Le ministre de l'Intérieur vient de faire adresser aux préfets la circulaire suivante, réglant les conditions de désignation des aumôniers des hospices et hôpitaux :

« Monsieur le préfet,

« Certains règlements intérieurs d'hospices, d'hôpitaux ou asiles d'aliénés faisaient naguère intervenir l'évêque dans la désignation des aumôniers, et, laissant évidemment le choix de ceux-ci au préfet, soumettaient ce choix à l'agrément de l'évêque.

« La loi sur la séparation des Eglises et de l'Etat a modifié cet état de choses ; avec le ministre de l'instruction publique et des cultes, je considère que toutes dispositions de ce genre sont devenues caduques. L'évêque n'a plus aucun caractère officiel ; il est sans qualité pour nommer, agréer ou présenter le titulaire d'un emploi public. Le préfet n'a même point à aviser officiellement l'évêque de la nomination qu'il aura faite. Vous voudrez bien vous inspirer de ces instructions.

« Le ministre de l'Intérieur.

« G. CLÉMENCEAU. »

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Drs LABATUT, de Dax ; SUDOUR, de Bayonne ; BONNEFÉ, de Rodez, et LERAY, de Nantes, membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année | N° 42 | 21 OCTOBRE 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

AVIS

Assemblées générales du « Concours Médical » du « Sou Médical » du « Patronage Médical » et de l'« Association Amicale » 18 et 19 novembre 1906.

Les Assemblées Générales annuelles de nos sociétés auront lieu les **dimanche 18 et lundi 19 novembre 1906** dans l'ordre suivant :

1° Le **dimanche 18 novembre**, *dans les salons du restaurant Marguery*, 36, boulevard Bonne-Nouvelle :

A 9 heures du matin : Réunion spéciale pour les Correspondants.

A 10 heures : Assemblée extraordinaire du **Patronage Médical** (Revision des statuts).

A 2 heures : Assemblées Générales communes du **Concours Médical et du Sou Médical.**

Le Banquet aura lieu à 7 heures.

La cotisation pour le banquet est fixée à 10 francs ; la Société du Concours prenant à sa charge le supplément des frais, qui dépassent 15 francs par convive.

Prière d'aviser de sa présence, en vue des dispositions à prendre.

2° Le **lundi 19 novembre** *dans les bureaux du Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque.

A 9 heures du matin Assemblée Générale de l'Association amicale:

PROPOSITIONS DES MEMBRES DU « CONCOURS ». — Nous rappelons qu'il est nécessaire que les propositions formulées par les *membres du Concours*, en vue de l'Assemblée générale, parviennent dans le plus bref délai, afin que le *Conseil de Direction* soit en mesure de procéder en temps utile à leur examen.

CORRESPONDANTS. — Le Conseil de Direction prie les correspondants d'informer le plus tôt possible l'administration du *Concours* de leur désir d'assister aux Assemblées générales des 18 et 19, faisant connaître le montant de leur frais de voyage en chemin de fer, s'ils ne sont pas médecins de ces services.

Le Conseil rappelle en même temps que la réunion spéciale des correspondants aura lieu le Dimanche 18 novembre, à 9 heures du matin, dans les salons du Restaurant Marguery (36, Boul. Bonne-Nouvelle).

PROPOS DU JOUR

La révision de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Mes confrères ont certainement remarqué que, dans mes articles précédents, je me suis strictement abstenu de tout examen d'une question de détail quelconque et que, volontairement, j'ai ignoré et les articles parus dans le journal et la plupart des lettres particulières que j'ai pu recevoir sur la matière. J'estimais, en effet que la discussion de ces points divers devait être l'œuvre de la Commission mixte, si jamais elle se réunit, et qu'il convenait, dans l'intérêt même du résultat souhaité, d'arriver à cette Commission sans idée préconçue.

Aujourd'hui, je dois faire exception à cette règle que je m'étais tracée, reproduire la lettre que j'ai reçue d'un pharmacien de mes amis et entrer en discussion avec lui : c'est que la question primordiale est en jeu et que, si l'on ne s'entend pas sur ce premier point, il peut être inutile d'aller plus loin.

Mon correspondant, président du Syndicat des pharmaciens de son département, m'écrit :

« Mon cher Docteur,

« Par ces temps de vacances et de pérégrinations, on néglige un peu les revues et bulletins professionnels : ils s'amoncellent sur votre table portant, encore inviolées, la bande et l'adresse. A la rentrée, on hésite avant d'attaquer cette grosse réserve de littérature médico-pharmaceutique — enfin, un bon mouvement, on se décide et l'on est tout surpris de rencontrer des articles palpitants d'intérêt. C'est ainsi, qu'il y a quelques jours, en ouvrant le *Concours médical*, j'ai lu vos articles sur la future — oh combien ! — loi pharmaceutique.

« Comme vous le dites, avec une législature nouvelle, éclôt un nouveau projet de loi, mais non moins périodiquement, vous l'étranglez de vos propres mains. *Habemus confitentem.*

« Quel besoin ces apothicaires ont-ils d'une loi toute neuve ? celle de germinal — an XI — est excellente, qu'ils la gardent !

Tout de même, cher docteur, elle est bien vieille cette bonne loi, bien infirme. Pensez donc ! elle a eu 103 ans au mois d'avril dernier : on ne la respecte guère ; un de vos correspondants prétend même qu'on la viole tous les jours ! Oh, la pauvre ! Laissez la donc mourir tout doucettement et n'égorgez plus les petits. Qu'ont-ils donc de si dangereux ces humbles projets de loi ? Quel venin subtil portent-ils, pour que votre nature paterne et généreuse devienne si impitoyablement féroce, pour qu'avant même d'avoir vu le jour, ils soient condamnés à la strangulation ?

« Voyons, le dernier venu avait pourtant une paternité illustre : MM. Astier et Cruppi — magistrature et kola ! de plus, les écoles supérieures de pharmacie l'avaient pris en nourrice, avaient rentré ses bosses, cambré sa taille, redressé son torse, de sorte que le nourrisson était tout à fait présentable, à mon avis du moins. —Ah ! bien oui ! à celui-là comme aux autres, vous passez la sinistre corde !

« Vous êtes, mon cher Docteur, l'apôtre très convaincu, peut-être l'initiateur d'une entente, d'une alliance, entre deux professions ; vous n'ignorez pas que votre réussite serait mon vœu le plus cher et que mes efforts tendent au même but dans la modeste sphère où je puis agir. S'il y a chez nous des énergies prêtes à vous seconder, il faut avant tout que nous sachions ce qui nous divise : j'estime qu'une nouvelle loi ne doit vous être préjudiciable en aucune façon si, comme vous le demandez vous-même, cette loi est établie sur une base solide, *l'intérêt de la santé publique.* Il n'est pas possible, en mettant de côté, les uns et les autres, tout préjugé, toute intransigeance, tout esprit de parti, que nous n'arrivions pas à nous entendre, à établir une loi sage et pratique, *en harmonie avec les habitudes modernes et les besoins véritables de la population souffrante, que nos deux professions ont mission de soulager.* S'il y a quelque terrain contesté, avec un peu de bonne volonté de part et d'autre, avec quelques concessions réciproques à l'intérêt commun, le succès ne serait pas douteux.

« Prenons donc la dernière loi, dites *des Ecoles.*

« Des 78 articles qui la composent, il en est évidemment qui ne regardent en rien le corps médical et ne peuvent légitimer la strangulation quadriennale.

« L'article 5 est, sans conteste celui qui a suscité les polémiques les plus ardentes dans les assemblées et les bulletins pharmaceutiques : sus à la spécialité, voilà l'ennemi ! Or, je crois que ces polémiques viennent simplement d'une confusion, d'un malentendu sur le mot *spécialité* : sous ce nom, en effet, on comprend le remède secret, d'une part, et, d'autre part, le médicament — ce médicament fût-il inscrit au Codex — vendu sous cachet Il y a évidemment, entre les deux sortes de spécialités, une différence absolue.

« La loi de germinal, qui a vu le jour à une époque où la liberté avait subi le sort que vous réservez à nos projets de loi, ne défend nullement la vente d'un médicament sous cachet. Ce qu'elle interdit, ce qu'interdira toute loi sage et éclairée, protégeant la santé et la bourse publiques, c'est le *remède secret*, ce sont ces préparations dont le médecin ne connaît le plus souvent ni le dosage, ni la composition exacts. Le médecin peut-il, je vous le demande, prescrire ces panacées, dont on lui cache les composants et qui guérissent toute une série de maladies, parfois même toutes les maladies, depuis le cor aux pieds jusqu'au cancer et à la tuberculose ? Vous supposer partisan de ces produits serait vous faire injure, mais nous retirer le droit de vendre une préparation, inscrite au Codex, sous notre cachet, me paraît de l'arbitraire.

Mon voisin prépare, avec un soin tout spécial, le sirop de Desessartz, de tolu ou de quinquina — il le croit, à tort ou à raison, supérieur à celui de ses confrères — peut on, quand on a le culte de la liberté, qu'on la veut pour soi et pour les autres, lui contester le droit de vendre ce sirop sous son nom, avec les garanties qu'il juge nécessaires ? Ce serait défendre à un pharmacien de chercher à perfectionner son art et ses produits.

Passons à l'article 8 : compérage médico-pharmaceutique.

« Là-dessus nous nous sommes expliqués bien

des fois et nous avons toujours été d'accord. Pourquoi donc, lorsque je parle de ce projet qui nous est cher, l'alliance médico-pharmaceutique, voit-on surgir certains soupçons de mercantilisme? Je sais même un haut personnage de notre Association générale qui. d'abord, était très partisan de votre idée et dont l'ardeur s'est refroidie singulièrement — aurait-il été circonvenu ?

« Je sais le *Concours médical* très hospitalier : c'est une tribune où toutes les idées peuvent être produites et controversées — vous avez raison de ne pas vous faire les pontifes d'une chapelle aux dogmes intangibles, — mais, si je montrais, à tel confrère que vous connaissez, l'article intitulé : *Parole de dentiste*, où il pourrait lire cette phrase : « il faudrait que le médecin fût rétribué aussi bien quand il prescrit un médicament que quand il en prescrit un autre », croyez-vous que le confrère en question ne se frotterait pas les mains, en se flattant de perspicacité ?

« Article 9 : Fourniture de médicaments par le médecin.

« Voilà, certes, un article qui devrait être discuté en commun. Personnellement, je serais très large: si le malade réside à 8 ou 10 kilomètres d'une officine, forcer les parents ou les voisins de ce malade à passer quatre ou cinq heures pour se procurer les médicaments nécessaires, et cela pendant des semaines et des mois, me semble être une exigence abusive et difficilement admissible par le législateur, qui aura comme but, en votant cette loi, principalement l'intérêt du malade. Ce n'est qu'une question de distance, et si nous savons faire encore ici des concessions, elle n'est pas insoluble.

« Dans un projet précédent, il avait été parlé de la fourniture des médicaments par le médecin, en cas d'urgence. — Ce paragraphe a été rayé et avec raison, je crois. C'était donner prise à des abus, sans savoir où ils s'arrêteraient. Le mot *urgence* est bien vague : comme le médecin est seul juge de l'urgence d'une médication, les abus auraient été couverts par la loi. Quel est donc aujourd'hui le pharmacien osant poursuivre un médecin qui aurait fait, même à vingt mètres d'une pharmacie, une injection d'ergotine ou de morphine, ou administré un vomitif dans un cas pressant ? Au-dessus de toute loi écrite, il y a un sentiment de justice naturelle et un instinct qui nous la fait sentir. De même, quel médecin oserait nous reprocher de faire un pansement provisoire, d'administrer un cordial à un blessé qu'on apporte chez nous ? Pas besoin de loi dans ces circonstances. il y a là un devoir d'humanité. Bien plus, le tarif pharmaceutique, né de la loi du 31 mars sur les accidents du travail, établit le prix d'un *pansement fait d'urgence par les pharmaciens.*

« L'article 10 interdit la fabrication, la vente et l'annonce du remède secret. La réclame par prospectus, brochures, almanachs, articles de journaux, aurait-elle l'approbation des médecins ? J'en doute, car toute annonce est une consultation gratuite (?) donnée sans médecin, c'est une concurrence déloyale, c'est l'exercice illégal étalé au grand jour.

« Vous admettez certainement ce premier paragraphe, mais je crois bien que ceux qui suivent n'ont pas peu contribué à tisser le nœud coulant dont vous vous êtes servi si magistralement. Cela, parce que le projet de loi nous reconnaît le droit de *délivrer, sur la demande de l'acheteur, des médicaments simples ou composés.*

« Vous dites, mon cher docteur, dans un de vos articles que, pour faire une bonne loi sur la pharmacie, il faudrait se *porter par la pensée dans un pays où il n'y aurait ni médecins, ni pharmaciens, et étudier le régime pouvant donner aux malades des facilités et des garanties.* Là-dessus, nous différons d'opinion. D'abord, dans ces pays privilégiés, où il n'y aurait ni médecins, ni apothicaires, il est infiniment probable qu'on ne penserait pas à faire une loi : une loi est faite généralement pour régulariser, consolider des habitudes déjà prises, à condition que ces habitudes répondent à un besoin, à l'utilité générale ; ou bien elle est faite pour réprimer des habitudes nuisibles au plus grand nombre.

« La loi de germinal interdit au pharmacien de délivrer tout médicament composé, toute drogue médicinale, sans la prescription de ceux qui ont le droit de prescrire. Ainsi, nous ne pouvons délivrer pour deux sous d'eau blanche ou d'eau sédative, ni vin, ni sirop de quina, sans votre permission : or, je suis bien persuadé que, moins de six mois après la promulgation de la loi de l'an XI, l'article 30 était déjà lardé de coups d'épingle, voire de coups de canif. On a laissé faire, parce qu'il a paru vraiment draconien d'exiger du public une ordonnance pour quelques sous d'éther ou quelques paquets de rhubarbe. Le nouveau projet légitime simplement l'habitude prise depuis longtemps. Cette liberté, d'ailleurs, qui nous est concédée, est singulièrement atténuée, puisqu'on nous interdit de délivrer *aucun médicament toxique* ou simplement *dangereux.*

« Et cela ne vous suffit-il pas ? — Eh bien, croyez-moi, mon cher Docteur, si l'article 30 de la loi de germinal trouvait place dans une nouvelle loi, il ne serait pas respecté par le pharmacien, parce que le public contraindrait ce dernier à l'enfreindre.

« L'article 11 règle les prescriptions qui doivent être formulées de façon à pouvoir être exécutées dans toutes les pharmacies, c'est une conséquence de l'article 8.

« Les articles 16 et 17 n'ont qu'une importance relative, ils complètent ce qui a été dit précédemment.

« Ma foi ! je me demande si la strangulation du projet de loi était vraiment fondée, à moins qu'il n'y ait dans les 28 articles quelque paragraphe qui m'ait échappé.

« Nous avons, au Parlement, un grand nombre de médecins, une phalange plus modeste de pharmciens : une entente entre les deux groupes chargés d'aplanir les difficultés qui nous séparent, est-elle impossible ? Avec votre concours, je ne désespère pas.

« Je ne voulais pas, mon cher Docteur, que vous pensiez que vos articles avaient passé inaperçus, je tenais à vous répondre, mais je ne croyais pas vous adresser d'aussi longues pages. Aurez-vous le courage de les lire ?

« Amicalement à vous,

« M. Guérin. »

J'ai tenu à reproduire cette intéressante lettre en son entier, parce qu'elle donne l'état d'esprit d'un grand nombre de pharmaciens, avec lesquels l'entente sera possible, lorsqu'ils auront bien voulu reléguer au pays des vieilles lunes, tous les pro-

jets de révision de la loi sur l'exercice de la pharmacie qui, jusqu'à présent, ont vu le jour, y compris le *projet des Écoles*.

La place qui m'est mesurée, ne me permet pas de répondre aujourd'hui, point par point, à la lettre de M. Guérin, mais je puis lui affirmer que dans le lynchage des projets, mon rôle n'a pas été aussi actif qu'il paraît le croire : je lui concéderai bien que j'ai donné quelques conseils sur la manière de passer la corde, mais mon pouvoir n'allait pas au-delà — et quand je parle de mon action, il peut entendre celle du *Concours médical*.

Ensuite je lui dirai que le projet qui a ses préférences m'a toujours rappelé cette conversation de deux marmots qui déambulaient en suçant philosophiquement chacun leur sucre d'orge :

— « Donne-moi du tien », propose le premier.

— « Je veux bien, mais toi tu me donneras du tien ».

— « Ah non, tu le mangerais !

Dans ma réponse prochaine, je tâcherai de justifier l'apologue.

A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

Forme chronique de stomatite ulcéro-membraneuse.

M. le Dr Cruet a fait au Congrès de Lisbonne une intéressante communication sur la gingivite ulcéreuse, subaiguë, récidivante, non précédée d'une phase aigue Cette stomatite présente, à son début, exactement les mêmes caractères et les mêmes symptômes qu'elle présentera toujours aux nouvelles attaques. Les ulcérations sont toujours petites, souvent dissimulées, et doivent être attentivement recherchées.

Il faut même un œil exercé pour les découvrir. Elles récidivent malgré une guérison complète apparente, avec une extrême facilité, pendant des mois et mêmes des années. Enfin, elles semblent évoluer dans des bouches généralement bien soignées.

D'ailleurs, voici les conclusions des recherches de *M. le Dr Cruet:*

1° Dans certaines conditions, il existe une gingivite ulcéreuse récidivante, qui n'est qu'une forme chronique de la stomatite ulcéro-membraneuse.

2° Cette gingivite chronique d'emblée se caractérise par la forme de ses ulcérations douloureuses et leur aspect, par leur siège, et leur mobilité (erratiques) plutôt à la mâchoire inférieure, par leur tendance à l'hémorragie, par leur extrême *tendance à la récidive, enfin*, par la facilité avec laquelle elles cèdent à l'application de l acide chlorhydrique. Ces mêmes caractères démontrent que l'affection est bien de même nature que la stomatite ulcéro-membraneuse ;

3° Cette forme de gingivite qui paraît plus fréquente chez les jeunes gens, doit faire rechercher avec soin, chez eux, leurs antécédents et leur état de santé générale : en particulier peut-être la tendance à la tuberculose ou une tuberculose constituée. Chez l'adulte, l'apparition d'une semblable affection serait plutôt le signe d'un affaiblissement général de l'organisme, et d'une véritable cachexie.

Indications et contre-indications cliniques du véronal.

M. le Dr Pénard (Lyon 1906), s'est attaché, non seulement à étudier l'action physiologique et thérapeutique du véronal, mais aussi à préciser ses indications et contre-indications et à examiner le pourquoi des rares cas d'intoxication qui ont été signalés.

La dose utile de véronal est de 0 gr. 30 pour les femmes, de 0 gr. 50 pour les hommes, dose qui doit quelquefois être portée à 1 gramme; cette dernière dose est minima dans les maladies mentales et les autres affections des centres nerveux. L'action se produit au bout de trente à soixante minutes; la durée du sommeil provoqué est de cinq à sept heures, quelquefois dix heures. Cet hypnotique engendre, sans incommoder en quoi que ce soit, un besoin de dormir presque naturel, ne blesse ni le goût, ni l'odorat, produit un sommeil paisible et sans rêves; le matin, les malades se sentent frais et dispos, comme après un sommeil naturel.

Le véronal possède à la fois une action somnifère et une action sédative sur la douleur ; il est donc en même temps, d'après la classification de M. le professeur Sollier, un hypnagogue direct et un hypnagogue indirect.

Les indications du véronal sont constituées par toutes les insomnies; son indication dominante est l'insomnie nerveuse ou agrypnie ; ses indications secondaires sont les insomnies consécutives aux affections des divers appareils nerveux, circulatoire, respiratoire et digestif.

La seule contre-indication, non pas absolue, mais relative, paraît être l'insuffisance hépato-rénale, ou simplement rénale. L'accoutumance au médicament ne se produit pas, mais, on a signalé quelques cas d'accumulation par suite d'élimination lente, ayant amené des troubles: le sommeil se prolonge alors pendant le jour, indication de suspendre l'administration du remède; il peut aussi produire des éruptions de formes variées. Les cas d'intoxication sérieux ne se sont produits qu'avec des doses élevées, 4 gr. 50 à 10 grammes et, cependant, dans un grand nombre de cas, des doses semblables ont été parfaitement supportées. Dans la plupart des cas d'intoxication on a pu déceler une insuffisance rénale évidente ou latente. En résumé, les avantages cliniques du véronal surpassent de beaucoup les quelques inconvénients signalés, et il s'est montré nettement supérieur au chloral, à l'uréthane et aux hypnotiques insolubles : sulfonal, trional, hédonal, dormiol, isopral, etc. Il est inférieur à la dionine comme antispasmodique, mais l'association des deux médicaments produit des effets merveilleux.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Le Dentu.

Les maladies kystiques de la mamelle.

Nous avons actuellement, dans notre salle Notre-Dame, une femme de 53 ans atteinte d'une tumeur bien localisée dans la région mammaire gauche. Au dire de la malade, la lésion aurait commencé à apparaître il y a 4 ans et se serait développée lentement jusqu'à atteindre le volume — peu considérable encore — qu'elle a aujourd'hui. Nous trouvons, comme dimensions à cette néoplasie, un diamètre oblique ascendant de 6 à 7 centimètres et un diamètre transversal un peu moindre. La coloration de la peau est rouge, légèrement violacée. A la palpation, indépendamment d'adhérences avec les téguments, on perçoit une masse bosselée, à contours irréguliers, assez profonde, sans fluctuation dans les bosselures. On note, enfin, au point culminant de la tumeur, une saillie molle qui fut incisée à la consultation et d'où est sorti du sang d'abord, puis, les jours suivants, un écoulement séro-muqueux. Lorsque j'ai vu, avant-hier, la malade, je suis arrivé à délimiter avec le stylet un décollement assez étendu des tissus ; ce décollement s'est rétréci depuis.

Ainsi, voilà une tumeur dure, bosselée, siégeant à la partie supéro-externe du sein, qui a mis 4 ans à arriver aux dimensions, en somme plutôt minimes, qu'elle a maintenant. En son milieu s'est développé une sorte de kyste sanguin qui a été ouvert et dont la cicatrisation serait sans doute difficile si l'on n'intervenait pas. Pour être complet, j'ajouterai que le reste de la mamelle paraît intact, que le mamelon est respecté, non rétracté, et que, du côté de l'aisselle, on ne peut sentir aucun ganglion.

Tel est le tableau de l'état actuel. Une chose a dû vous frapper : cet ensemble symptomatique ne rappelle aucun type clinique connu et courant.

A quel genre de lésion avons-nous affaire ? Sommes-nous en présence d'une tumeur maligne, d'une tuberculose du sein ?

La tuberculose mammaire commence par une tuméfaction vague en un point du sein. Rapidement, il y a adénopathie dans l'aisselle ou entre l'aisselle et le sein. Les choses en restent là, avec des alternatives, et au bout de quelque temps si la maladie n'est pas enrayée des points se ramollissent aussi bien au niveau de l'infiltration mammaire que des ganglions. On constate alors une fluctuation, soit en pleine mamelle, soit dans les masses ganglionnaires voisines, et il s'ensuit une suppuration froide et chronique. Habituellement, les lésions gagnent, envahissent graduellement, par noyaux successifs, la totalité du sein. Tandis que, quand il s'agit du cancer, on trouve une grosse masse, un gros noyau induré central, d'où partent d'autres masses irradiées ; quand il s'agit de tuberculose, on trouve un travail plus irrégulier, se faisant par poussées : les noyaux n'ont pas partout la même consistance, l'un est dur, l'autre est mou, le troisième fistuleux. Souvent, en outre, la tuberculose est bilatérale, envahit les deux mamelles.

Voyons maintenant, dans ses grands traits, la symptomatologie du cancer du sein type. C'est une masse de faible volume d'abord, de la taille d'une noix, d'une noisette, au début. Dans les cas moyens, on sent un noyau dur, de la grosseur d'une noix, je suppose, autour duquel le tissu mammaire est un peu induré ; l'induration va en décroissant à partir du noyau central. Au niveau de celui-ci, la peau est légèrement adhérente et, lorsqu'on déplace la tumeur, lorsqu'on soulève la mamelle avec la tumeur, il produit de fines rides cutanées.

Autour de la masse indurée, les tissus et la peau sont souples, on voit survenir, du côté du mamelon, une rétraction spéciale avec un suintement muqueux empesant le linge. Ce sont là des signes précoces qui précèdent quelquefois l'apparition de la néoplasie. Dans la suite, la lésion augmente, les adhérences s'étendent et il y a menace de perforation et d'ulcération. Pendant ce temps se sont développés, dans l'aisselle, des ganglions, primitivement petits et qui s'accroissent progressivement.

Eh bien ! la tumeur qui nous est soumise aujourd'hui ne répond à aucun de ces tableaux. On peut presque affirmer qu'il ne s'agit ni de tuberculose, ni de cancer ordinaire du sein.

Pour arriver au diagnostic de cette affection, il faut prendre comme fil conducteur la particularité la plus saillante du cas, savoir le kyste sanguin qui, ici, se trouve au premier plan. Une question se pose : ce kyste suffit-il à caractériser une espèce morbide, ou est-il simplement un phénomène surajouté. La discussion du diagnostic, chez cette malade, m'amène ainsi à vous présenter une étude beaucoup plus générale, à vous faire l'exposé des différentes maladies kystiques du sein et à voir sous quel aspect il convient de les envisager.

Pour voir clair dans ce sujet complexe, je vous engage à lire le chapitre qu'Astley Cooper a consacré aux kystes et à ce qu'il appelait les « hydatites celluleuses » du sein. Si cette dernière dénomination est assez impropre, la description clinique de Cooper mérite, par contre, d'être retenue.

Astley Cooper distingue quatre espèces de kystes du sein.

La première et la seconde espèces (ce sont les hydatites *celluleuses* de l'auteur anglais) correspondent à ce qu'on a décrit, plus récemment, sous le nom de «maladie kystique du sein». Astley Cooper avait vu que, dans certains cas, la mamelle renferme des kystes nombreux et que, dans d'autres cas, elle en renferme peu. Au fond, les deux variétés appartiennent à la même maladie kystique, affection sur laquelle l'attention a été portée dans ces dernières années.

La troisième espèce d'Astley Cooper est le kyste hydatique véritable. Le praticien anglais avait déjà fait cette remarque, que j'ai faite également : les kystes hydatiques du sein ne com-

prennent habituellement qu'une poche, qu'une hydatide unique.

La quatrième espèce comprend les kystes en corrélation avec les cancers de la mamelle. J'en ai, pour mon compte, rencontré nombre d'exemples.

Je vais, maintenant, reprendre cette histoire des kystes du sein. Laissant complètement de côté le kyste hydatique, qui n'a rien à faire avec notre cas actuel, je m'occuperai, en premier lieu, de la maladie kystique et j'envisagerai ensuite les kystes du cancer. Je dois ajouter, d'ailleurs, que la délimitation entre ces diverses affections kystiques est parfois bien difficile à établir, même au point de vue anatomo-pathologique.

La maladie kystique du sein a été décrite en 1882 par M. Reclus. Elle se présenterait sous un aspect particulier. La glande mammaire serait envahie par des kystes dont le nombre serait impossible à compter. Ces kystes auraient des petites dimensions, la taille d une noisette, d'un grain, le mot grain représentant assez bien la chose. La mamelle se trouverait ainsi farcie de ces productions kystiques et, souvent, mais non toujours, l'affection serait bilatérale.

Faut-il s'en tenir rigoureusement à cette description ? Eh bien ! tout d'abord, Astley Cooper, dans les observations qu'il donne et qui se rapportent, j'en suis convaincu, à cette maladie kystique, n'a pas rencontré une seule fois des lésions doubles, affectant les deux seins. Personnellement, je n'ai jamais vu, non plus, d'exemple typique, correspondant à la maladie kystique bilatérale. D'autre part, la multiplicité des kystes ne me paraît pas devoir jouer un rôle de démarcation absolue. Il existe des kystes isolés du sein dont l'origine est certainement semblable à celle de la maladie kystique. J'ai soigné, il y une quinzaine d'années, une jeune femme de 30 ans, atteinte d'une tumeur fluctuante du sein. Je vidai la tumeur par aspiration et en retirai un demi-verre environ d'un liquide couleur citron. Ce seul traitement, suivi d'un peu de compression, suffit — à ma surprise, d'ailleurs — à amener la guérison. J'ai observé plus tard un autre cas tout à fait analogue où la même thérapeutique a donné le même résultat favorable.

Je ne pense pas qu'il y ait une différence entre ces kystes simples, uniques, du sein, et la maladie kystique à kystes multiples. Le processus pathogénique initial est, selon moi, semblable ; c'est une même irritation portant sur l'épithélium des acini des glandes.

A cette notion, il faut, en outre, en joindre une autre : celle de la nature déjà maligne de certaines maladies kystiques. On a vu, à la suite de l'extirpation de quelques-unes de ces tumeurs, se produire des récidives ; or, qui dit récidive dit malignité. L'examen histologique a, de son côté, révélé parfois la présence d'infiltrations cylindriques des acini, indice d'une dégénérescence maligne.

Je ne saurais, enfin, terminer l'étude de la maladie kystique du sein sans vous parler de l'opinion qui s'est élevée contre la trop grande généralisation de cette affection. Il fut un temps où il semblait interdit de diagnostiquer la mammite chronique dont on rapportait les lésions à des petits kystes. Je suis un de ceux qui se sont insurgés contre un tel envahissement de la maladie kystique. Tillaux partageait cette opinion et il fit décrire, dans la thèse d'un de ses élèves, la mammite chronique à petits grains infiltrés, ces petits grains que l'on attribuait toujours à la maladie kystique. Pour ce qui me concerne, j'ai vu beaucoup de mammites chroniques noueuses, alors que je n'ai pas vu de maladie kystique généralisée, sans doute parce que je n'admets pas cette dernière sans raison. On ne s'est pas dit assez que tout cela provenait d'une même source. Le même état irritatif engendre la mammite chronique à petits grains noueux lorsqu'il porte sur les acini. Ce qui prouve que le processus est semblable, c'est l'association, parfois rencontrée chez les malades, des nodosités noueuses et des nodosités kystiques. Au fond, les deux affections n'en font qu'une : c'est ainsi que je les comprends.

Passons ensuite à d'autres types de kystes du sein, types à caractère mixte, assez embarrassants à classer cliniquement. Prenons un exemple : voici une femme atteinte d'une tumeur du sein, souvent peu volumineuse, aplatie et bosselée, adhérente aux téguments. Vous apercevez deux ou trois bosselures de coloration spéciale, gris perle, ardoisée ; c'est là une teinte que prennent tous les kystes superficiels. Je me rappelle entre autres, une malade du service de Richet, que j'eus à examiner lors de mon concours de chirurgien des hôpitaux. Elle présentait une tumeur du sein à trois bosselures, de coloration ardoisée. Bien qu'au-dessous on ne sentît pas grand chose, j'en fis une néoplasie maligne et la suite me donna raison puisqu'une première opération fut suivie de récidive, récidive pour laquelle j'eus à intervenir pour une ablation large.

Qu'y avait-il dans ces kystes ? Des végétations branchiformes, comme du corail, de couleur citron ou safran. J'ai rencontré d'autres cas de ce genre. A la base du kyste, on ne touve quelquefois rien ; d'autres fois il y a, outre le papillome végétant, une infiltration basale. Sont-ce là des tumeurs bénignes ? Non, car elles sont capables de récidiver : la malade de Richet en fait foi. Si on ne les opérait pas, elles pourraient donner, ultérieurement une néoplasie franchement maligne. Mais, ce n'est pas tout : à côté de ces kystes à tendance maligne, il en est de purement bénins dont les caractères objectifs sont semblables. J'ai publié une observation de fibrome du sein avec kyste, dans lequel l'examen histologique ne décelait aucun élément malin. Ces formes-là sont, on le conçoit, en pratique, d'interprétation difficile.

Deux mots, maintenant, des kystes du cancer. Il est des carcinomes qui deviennent kystiques partiellement. De même, certains sarcomes volumineux, atteignant, par exemple, la grosseur d'une tête, peuvent offrir des cavités où du liquide s'accumule, constituant ainsi une sorte de kyste lacunaire. Alors que les kystes du carcinome ont une paroi propre, ceux de l'adéno-sarcome n'en ont pas.

Vous voyez comme cette question des maladies kystiques du sein est complexe. Parti des formes simples, je vous ai laissé entrevoir des formes mixtes et je suis arrivé à vous parler des formes malignes. Et, dans ce groupe des formes malignes, il y a des variétés : celles dans lesquelles les papillomes végétants dominent et celles où il s'agit de carcinome, de sarcome kystiques. Entre ces diverses formes, la démarcation n'est pas, vous l'avez vu, nettement tranchée.

Revenons finalement à notre malade. Cette femme a une tumeur du sein depuis 4 ans. Un kyste s'est accusé que l'on a incisé et d'où est sorti du sang, puis de la sérosité. La tumeur en question ne ressemble guère à de la tuberculose. Je ne crois pas, non plus, au kyste simple. J'admets, comme probable, un carcinome à marche lente, avec kyste.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

CHIRURGIE PRATIQUE

Une technique de la colpopérinéorraphie pour prolapsus

Par M. Paul Petit,
Chirurgien adjoint de l'Hôpital Saint-Michel.

Soins préliminaires et indispensables : purger la malade l'avant-veille de l'opération, et lui faire administrer, la veille, vers trois heures de l'après-midi, un grand lavement (si l'on ne procède à ces soins que plus tardivement, on s'expose à des débâcles fécales au milieu même de l'opération). Donner, la veille au soir, une pilule d'extrait d'opium de 0 gr. 05. Compléter, immédiatement avant l'opération, l'asepsie de la vulve et du vagin déja soumis depuis plusieurs jours à des lavages à la liqueur de Labarraque (2 cuillerées par litre d'eau).

En dehors du chloroformisateur, un seul aide peut suffire; mais il est préférable d'en avoir deux. Comme appareil instrumental : valve, bistouri convexe et bien mordant, ciseaux droits et courbes, pinces à disséquer, pinces de Kocher, 2 pinces à griffes fines de Chaput, pinces de Faure, pinces en cœur, aiguille de Reverdin coudée à pédale, aiguille de Reverdin ordinaire.

La paroi vaginale étant soulevée avec la valve, on saisit la paroi postérieure procidente, non loin du col, et à la limite du décollement, c'est-à-dire beaucoup plus haut qu'on ne le fait d'ordinaire; puis l'on fixe, sur le rebord vulvaire, à droite et à gauche et symétriquement, aux points qui doivent correspondre à la future commissure, 2 pinces de Chaput. Ces pinces étant rapprochées l'une de l'autre, la vulve doit se trouver rétrécie de telle sorte qu'elle ne peut guère admettre que l'index ; cet aditus de néoformation peut paraître au premier abord un peu étroit, inquiétant même pour l'avenir conjugal et obstétrical, mais il faut compter avec le relâchement consécutif des tissus. Cependant, il faut aussi tenir grand compte de leur degré actuel d'élasticité, car, si sur certaines vulves indéfiniment extensibles d'arthritiques nerveuses, on peut pousser le rétrécissement au point que l'index ne pénètre qu'à frottement, on fera sur des tissus sclérosés la mesure sensiblement plus large.

Les trois pinces limites étant fixées en bonne place, on fait tirer les deux vulvaires en dehors tandis que la supérieure est refoulée vers le col, et l'on complète cette mise au jour et cette tension de la paroi vaginale postérieure, en accrochant la fourchette avec l'index et le médius gauche qui l'attirent vers l'anus.

On trace alors au bistouri les contours de la surface à aviver. L'incision part de la pince supérieure pour se diriger, à droite et à gauche, vers la pince vulvaire correspondante, en dessinant une courbe à concavité externe qui embrasse l'ischion. C'est, si l'on veut, un des temps délicats de l'opération, car si, sur la ligne médiane (les tractions étant exercées comme je l'ai dit) le vagin se présente en dos d'âne et bien tendu, sur les côtés il flotte quelque peu.

Ceci fait, on peut compléter les limites du triangle d'avivement en incisant d'une pince vulvaire à l'autre, entre peau et muqueuse, le long du bord libre de la vulve. Mais il vaut encore mieux enlever aux ciseaux courbes, tout le long de ce bord, une languette de tissus. Cette petite perte de substance, en déterminant une rétraction en sens inverse de la peau et de la muqueuse, amorce du même coup le décollement.

On plante sur le bord cruenté de la peau ainsi rétractée une pince de Faure qui, par son poids, le fixe et l'abaisse, et saisissant le bord muqueux correspondant avec des pinces à griffes, puis bientôt, dès qu'il sera suffisamment dégagé, avec une pince en cœur, on décolle peu à peu, de haut en bas, la portion de vagin comprise entre les deux incisions courbes latérales. Ce décollement, étant donné l'existence de fibres inter-recto-vaginales du releveur, nécessite d'abord l'emploi des ciseaux courbes qui doivent toujours suivre de près la muqueuse vaginale de façon à ne pas léser le rectum ; mais, bientôt, l'on tombe dans un plan de clivage formé de tissu cellulaire lâche, et si les incisions limitantes ont été bien conduites de bout en bout, si elles ont bien intéressé toute l'épaisseur de la muqueuse, quelques foulées de l'index suffisent pour détacher complètement le lambeau.

A ce moment, il faut rechercher les deux artérioles vaginales descendantes qui sont presque toujours sectionnées et les lier avec soin. La suture suffira le plus souvent à assurer par ailleurs l'hémostase, mais avant d'y procéder et pour la faciliter, surtout si elle doit remonter très haut, si le vagin est très ample, on se trouvera très bien de placer symétriquement, sur les bords latéraux de l'avivement, une série de pinces-jalons.

S'aidant du tamponnement et de l'irrigation (qui se pratique avec une canule ordinaire maniée par un aide, ou une canule irrigatrice spéciale fixée sur le pubis, ou une pince irrigatrice telle que celle dont j'ai donné le modèle), on commence la suture par un point continu au catgut moyen qui descend de la pince supérieure, enserrant dans ses mailles les deux lèvres muqueuses (saisies largement, à bonne distance de leurs bords) et le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale, de façon à ne point laisser d'espaces morts. Ce point continu est arrêté à la hauteur des ischions.

On place alors de haut en bas, du nœud d'arrêt de ce point continu à la pince de Faure fixée sur la peau pré-anale, une série de points séparés, profonds et perdus, au catgut, qui vont chercher de chaque côté les fibres du releveur anal et les soudent d'un bord à l'autre sur la ligne médiane, de façon à constituer une colonne musculaire des plus solides.

Après avoir été noués, les chefs les plus élevés de ces points ne sont pas sectionnés et servent au rapprochement des bords correspondants de la muqueuse. On constitue ainsi deux séries de points, les uns profonds, les autres superficiels, exactement superposés et solidarisés,

se soutenant mutuellement et évitant absolument tout espace mort.

A ce moment, le vagin se trouve entièrement reconstitué jusqu'à la fourchette. Il ne reste plus entre celle-ci et la pince de Faure pré-anale, du côté du périnée de nouvelle formation, qu'un petit espace cruenté, assez étroit, dont l'épaisseur est mesurée par celle de la peau, et à la surface duquel émergent quelques chefs de catgut correspondant aux points profonds les plus inférieurs. On les coupe et l'on termine par quelques points cutanés au crin de Florence.

On met en place une sonde vésicale à demeure de Pezzer et l'on procède au pansement qui, de même que les suivants, exige l'emploi d'une valve très étroite, ou mieux d'un spéculum vaginal de Cusco pour éviter la distension des points de suture.

Deux jours après l'opération, changement des gazes vaginales après irrigation. Le sixième jour, purgation, nouveau pansement, ablations des crins de Florence et de la sonde à demeure, cessation de l'opium qui aura été administré jusque-là.

Continuer les pansements tous les quatre jours jusqu'au quinzième jour. Puis, seulement une irrigation quotidienne antiseptique et pendant le temps nécessaire. La malade peut se lever le plus souvent vers le vingtième jour.

Je terminerai en disant : la colpopérinéorraphie demeure l'intervention maîtresse du prolapsus. Les opérations qui ont prétendu la remplacer sont tombées dans l'oubli ou n'ont vécu que grâce à son soutien. Pour la bien pratiquer, c'est-à-dire pour n'avoir point à y revenir et ne point rendre, d'autre part, trop difficile aux maris, même de bonne volonté, la conquête nouvelle de leurs femmes, ce qu'il faut tout d'abord, c'est bien prendre ses mesures, serrer suffisamment l'anneau vulvaire mais sans excès, étendre, *quantum satis*, l'avivement vers le col, ce qu'on oublie trop souvent, tracer les limites latérales avant de décoller. Le placement des points séparés profonds sur les releveurs, la solidarisation de ces points profonds avec les superficiels, constituent des détails de technique de grande importance, assurent la solidité de la réparation, permettent de supprimer du côté du périnée, pour le plus grand soulagement et le plus grand bénéfice des malades, ces fils d'argent dont la mise en place constituait comme un rite.

(*Revue de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*).

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement pathogénique des bronchites aiguës primitives et secondaires.

L'étiologie des bronchites aiguës repose essentiellement sur la notion de l'état infectieux de l'appareil respiratoire. A l'état normal, en effet, les bronches renferment des microbes pyogènes, le streptocoque, le staphylocoque et même le pneumocoque. Toute cause venant exalter la virulence de ces agents infectieux détermine une réaction inflammatoire d'intensité variable. S'il s'agit d'un organisme vigoureux, le pronostic ne sera guère fâcheux, mais s'il s'agit d'un sujet débilité ou déjà atteint par une affection pulmonaire chronique, la bonchite prendra un caractère plus accusé, elle traînera en longueur et pourra avoir une influence pernicieuse sur l'état général, de même, s'il s'agit de bronchite nettement secondaire, comme celles qui succèdent à l'infection grippale ou aux pyrexies, nous devons envisager la possibilité de complications redoutables.

Ainsi comprise, la pathogénie des bronchites aiguës doit inspirer une thérapeutique énergique et non seulement il devient utile de s'adresser à l'infection primitive occasionnelle, mais aussi à l'état pulmonaire directement. C'est pour avoir négligé ce second point de vue que beaucoup de médecins ont enregistré de regrettables insuccès.

Eh ! quoi, dira-t-on, croyez-vous donc que nous n'utilisons pas les agents sédatifs contre les quintes douloureuses, et les balsamiques ou les expectorants, à la période de coction ? Pensez-vous que nous ne luttons pas contre la fièvre et l'affaiblissement général ?

Sans doute ; mais tout cela n'est que de la thérapeutique de symptômes, et il y a à notre avis, quelque chose de mieux que les balsamiques et les expectorants pour combattre à la fois les phénomènes généraux et locaux des bronchites aiguës, pour lutter contre les lésions elles-mêmes et prévenir leurs complications. Ce moyen nous est fourni par le gaïacol sulfoné et pratiquement par les comprimés de thiocol et le sirop Roche.

Depuis bientôt 4 ans, nous traitons par ce remède la plupart de nos bronchites aiguës primitives ou secondaires et toutes les poussées inflammatoires récidivantes que nous observons sur nos emphysémateux, et nous sommes arrivés à cette conviction que les comprimés de Thiocol, n'exerçant aucune action nuisible sur le tube digestif, sont réellement un moyen énergique non seulement de diminuer la toux et de tarir l'expectoration comme beaucoup d'auteurs l'ont annoncé, mais surtout de relever les défenses pulmonaires d'abattre la virulence des agents infectieux et par là de procurer une guérison rapide et définitive.

Pour mieux préciser aux yeux du praticien ces faits d'expérience journalière, nous ne croyons mieux faire que de donner ici, en plusieurs paragraphes, les conclusions pratiques de nos observations personnelles, sur l'action du thiocol dans ces maladies fréquentes.

1° *Bronchites aiguës primitives.*

Deux cas sont à considérer : d'une part, il s'agira de sujets vigoureux, résistant bien, sans tare héréditaire ou acquise, ayant contracté ce que l'on appelle vulgairement un rhume de poitrine, mais habituellement bien portants, et, d'autre part il s'agira de malades qui sans être tuberculeux, ont une réelle facilité à présenter de la bronchite, et chez qui cette affection a tendance à passer à la chronicité.

Dans les deux cas, il importe de dire que les comprimés de thiocol doivent être ordonnés en quantité plus ou moins grande suivant l'évolution symptomatique. Il ne faut pas oublier, en effet, que ce remède est un très bon asséchant et qu'il peut tarir, à haute dose, l'expectoration. Aussi, la meilleure façon de l'employer nous paraît être la suivante : Au début de la bronchite il conviendra de prescrire 6 comprimés de thiocol en moyenne, afin de diminuer l'infection locale, de relever les défenses organiques et d'imprimer

PATRONAGE MÉDICAL

BUT DE LA SOCIÉTÉ

Le **Patronage Médical** est une société civile en commandite.

La Société ne fait aucun acte commercial ; elle acquiert des actions, des titres divers de sociétés d'eaux minérales, d'établissements médicaux, etc. Les adhérents ne sont engagés que jusqu'à concurrence de la somme souscrite par eux.

Ils sont donc co-propriétaires de valeurs indivises au même titre que les nombreux et riches confrères, qui sont porteurs d'actions ou titres divers de sociétés comme Vichy, Châtel-Guyon, etc. Et de même qu'eux, ils recommandent ces eaux et établissements à leurs clients et amis, parce que la Société ne s'y est intéressée qu'après avoir constaté la preuve de leur valeur thérapeutique.

Les parts du Patronage Médical sont cédées au prix de 50 francs et donnent droit à :

1° La perception d'un dividende annuel, pour chaque part, dividende fixé par l'Assemblée Générale.

2° La jouissance d'une pension viagère proportionnelle aux ressources de la caisse, pension fixée également chaque année par l'Assemblée Générale lorsque le titulaire aura réuni ces TROIS CONDITIONS : cinquante ans d'âge, dix années de participation au « Patronage » et abonnement permanent au journal *Le Concours médical* qui est l'organe de la Société ; (la retraite sera égale pour tous quelque soit le nombre de parts souscrites).

3° Enfin, pour la veuve ou les enfants mineurs, si le titulaire vient à mourir : *dès maintenant et après une année de participation*, une allocation de 300 francs, prélevée sur un fonds spécial dû à la générosité des premiers bienfaiteurs ; *plus tard et après 10 ans de participation* — dès que la chose sera possible —, une pension annuelle dont le montant sera déterminé par l'Assemblée Générale.

Pour les deux premiers exercices, les parts ont reçu un dividende de 7 %.

AVIS

Les certificats de propriété sont envoyés deux mois environ après le paiement de la souscription. Ces titres ne comportent pas de coupons, les dividendes afférents à chaque exercice sont envoyés par mandats-cartes payés au domicile de chaque sociétaire.

Les adhésions reçues après le 1er octobre ne participent pas au dividende de l'année.

Société civile « LE PATRONAGE MÉDICAL »

23, rue de Dunkerque, Paris (10e).

BULLETIN D'ADHÉSION

*Je soussigné (nom et prénoms)*____________________

*Médecin à*____________________*Département de*__________

*né le*______________*à*______________*Département*________

déclare adhérer au « **Patronage Médical** » *et prie M. le D*r MAURAT, *gérant de la Société, de me transférer*____________________*parts au prix de cinquante francs l'une.*

(*a*)
1° *Je joins à cette adhésion la somme de* __________
2° *Je l'autorise à faire toucher la somme de*__________
} **représentant le montant de ma participation**

____________________*le*____________________

(SIGNATURE)

(*a*) Prière de rayer le mode de paiement qui ne convient pas.

Envoyer ce bulletin au siège de la Société, 23, rue de Dunkerque, Paris.

dès ce moment à la bronchite une évolution favorable. Dès lors la toux diminue et la fièvre tombe, et de plus, le remède atténue la durée de la période suivante, période de coction.

Quand l'expectoration se montre, il convient de diminuer légèrement le nombre de comprimés, et de n'en faire absorber que 4 par jour, de cette façon on ne risque pas de supprimer trop rapidement l'élimination des microbes et des déchets inflammatoires. On observe alors la fluidification des crachats, ils s'expectorent facilement et restent muqueux sans adhérer au vase.

Au bout de 3 à 4 jours, il faut revenir à la dose primitive de 6 comprimés et l'on observe bientôt la diminution puis la disparition complète des crachats muqueux.

A ce moment, les râles sibilants et humides ont disparu, et la bronchite guérit sans laisser de traces.

S'agit-il de malades qui toussent facilement et chez lesquels les bronchites menacent de s'éterniser, il est bon de s'en tenir définitivement à la dose de 6 comprimés.

Les malades n'éprouvent aucun inconvénient de cette médication; leur appétit un instant diminué se réveille, l'état général s'améliore et en même temps la toux et l'expectoration s'atténuent nettement. Nous avons amendé en 8 à 10 jours, grâce aux comprimés de thiocol, des bronchites de ce genre qui duraient ordinairement bien plus longtemps, quand nous utilisions les traitements habituels. Par la suite, en faisant prendre à ces malades, dès les premiers symptômes d'une nouvelle bronchite, 6 comprimés par 24 heures nous arrivions sans difficulté à juguler leur affection.

Il est est bien entendu que, dans tous les cas, nous ne négligeons pas la médication révulsive, toujours indispensable.

Chez les enfants, l'action de ce remède est généralement plus rapide. En leur faisant prendre une cuillerée à café par année d'âge de sirop Roche au thiocol, on diminue bientôt les accès de toux, la respiration devient plus ample, plus aisée et la disparition des râles congestifs coïncide en 3 ou 4 jours avec le retour de l'appétit et le relèvement de l'état général.

2° *Bronchites aiguës chez les emphysémateux.*

Ici, notre préoccupation essentielle est de détruire autant que possible l'infection locale particulièrement vivace sur ce terrain tout préparé, d'atténuer en outre l'expectoration parfois fort abondante.

Pour cela nous utilisons d'abord, pendant une semaine environ, 6 comprimés de thiocol. La toux s'atténue, les crachats deviennent plus fluides et moins abondants, les râles muqueux s'éloignent. Puis nous continuons le traitement à raison de 4 comprimés pendant 10 à 15 jours. Ce n'est pas, évidemment que nous ayons l'espoir d'amender les troubles purement emphysémateux car à ce point de vue les lésions histologiques sont irrémédiables, mais nous avons observé que par ce moyen nous effaçons nettement tous les signes inflammatoires aigus et que nous mettons pour un certain temps du moins, ces malades à l'abri d'un nouvelle poussée de bronchite aiguë. La médication iodurée et arsénicale nous donnant alors de bons résultats. Mais pour effacer du poumon emphysémateux les signes inflammatoires concomitants ou surajoutés les comprimées de thiocol nous paraissent certainement l'un des meilleurs moyens à utiliser.

3° *Bronchites aiguës secondaires à une affection nérale infectieuse (grippe, rougeole, coqueluche).*

Contre les bronchites grippales ou secondaires à la rougeole et à la coqueluche, il est nécessaire, à notre avis, tout en ne perdant pas de vue l'évolution morbide générale de lutter directement contre l'infection pulmonaire. Le danger n'est-il pas souvent au poumon ? De plus, n'est-il pas indiqué encore de relever l'état général et les défenses organiques? Or le thiocol est, d'après les auteurs français et allemands un agent dynamogénique et un antidéperditeur. Ainsi, en prescrivant dans la bronchite grippale 4 à 6 comprimés par jour nous agissons à la fois contre l'infection pulmonaire et générale, et aussi contre l'affaiblissement si marqué de l'organisme. Les résultats, d'ailleurs, confirment cette manière de voir. Il est habituel, en effet, sous l'influence de ce remède, de voir l'appareil broncho-pulmonaire se dégager en quelques jours, l'oppression disparaître, la toux diminuer de fréquence et l'état général se tonifier. Mais ce qui doit surtout être signalé, c'est que nous n'observons plus avec la médication thiocolée instituée de bonne heure, ces convalescences traînantes, ces séquelles pulmonaires dont les malades ne se débarrassent que très difficilement, et qui comportent souvent un pronostic réservé en raison des infections nouvelles, comme la tuberculose, qui peuvent se greffer sur ces poumons affaiblis. Ce sont ces dernières constatations cliniques qui nous permettent surtout de croire à l'action vraiment antiseptique des comprimés de thiocol.

De même, contre les symptômes pulmonaires de la rougeole et de la coqueluche, nous utilisons largement le sirop Roche au thiocol. Cette préparation n'est jamais refusée par les enfants, et toujours à raison d'une cuillerée à café par année d'âge, elle abrège sensiblement la durée du catarrhe pulmonaire. Lorsque, dans la rougeole grave, nous donnons 3 à 4 cuillerées à café de cette préparation dans une infusion diurétique, nous observons, en 48 heures, une atténuation très nette des gros râles bulleux. L'enfant respire mieux, il est moins abattu, la toux est beaucoup moins pénible, et au bout de 3 à 4 jours, le catarrhe morbilleux a définitivement évacué le poumon. Dans 3 cas de rougeole grave, où nous observions des foyers mobiles de râles fins, tantôt sur le poumon gauche, tantôt sur le poumon droit, nous croyons pouvoir dire que si ces premiers symptômes d'une congestion grave ont disparu facilement, c'est qu'il faut en attribuer la cause au sirop Roche au thiocol.

Quant à la coqueluche, nous n'utilisons cette préparation que momentanément, en pleine marche aiguë de l'affection, et surtout pour lutter contre l'infection secondaire du système respiratoire. Les quintes diminuent de nombre et d'intensité, les signes physiques s'amendent, l'élément catarrhal disparaît, le petit malade est à l'abri des complications immédiates, mais nous considérons qu'il reste nécessaire d'avoir recours à l'action bienfaisante du *changement d'air*.

Mais dans ces dernières affections, l'expérience nous a fait reconnaître au sirop Roche une importance particulière au point de vue dynamogénique et orexique. Nous avons maintes fois constaté que, sous son influence les forces du malade

se relèvent. Il devient plus vif, plus alerte. Ce fait, d'ailleurs, a déjà été signalé par Mendelsohn (1) et Hubert (2), à propos des enfants scrofuleux. De plus, le médicament donne de l'appétit et facilite les digestions. Aussi nous admettons volontiers, que la convalescence de ces malades est abrégée sensiblement parce qu'ils demandent et supportent très vite une nourriture réconfortante.

Ainsi, il est, à notre avis, inexact de dire que les bronchites aiguës évoluent d'elles-mêmes sans être vraiment influencées par la thérapeutique. Cela est peut-être vrai pour les balsamiques et les expectorants, mais cette notion devient radicalement fausse quand nous envisageons la possibilité, sinon la certitude d'atténuer l'état infectieux du poumon, de modifier favorablement l'évolution des lésions pathologiques et de relever l'état général par une médication qui, en définitive, n'est pas autre chose que du gaïacol cristallisé, mais préparé dans les comprmés et le sirop par une sulfonation nécessaire, pour lui conserver ses propriétés thérapeutiques en lui faisant perdre ses indiscutables défauts.

Dr A. TAHLOU.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le « libre choix » devant le Conseil général du Nord.

Dans sa séance mémorable du 29 août 1906, le Conseil général du Nord a rejeté, par 27 voix contre 10, le vœu de M. Plichon, tendant à reconnaître aux indigents le libre choix du médecin.

La discussion ayant porté sur les opinions politico-religieuses des médecins, bien plus que sur la *liberté de confiance* des malades pauvres, le débat devait dévier. C'est ce qui arriva, et les médecins présents à la séance assistèrent à ce spectacle étrange d'hommes, se proclamant amis de toutes les libertés, et refusant au malheureux la liberté la plus respectable, celle de choisir, lorsqu'il s'agit de sa santé perdue, l'homme qu'il croit le plus apte à le guérir.

De ces questions d'à côté, nous ne voulons pas nous occuper, n'ayant jamais envisagé, dans la campagne entreprise depuis 1900 et qui va se continuer *partout* par les syndicats médicaux, que les points de vue *humanitaire* (liberté de l'indigent) et *professionnel* (accès de tous les médecins, indistinctement, aux fonctions publiques), désormais intimement liés.

Les journaux politiques ayant dépeint, chacun selon son tempérament, la physionomie de la séance, nous nous contenterons d'émettre quelques réflexions.

Le principal argument développé par les divers orateurs, qui ont combattu le vœu, fut celui-ci :

En accordant le libre choix du médecin à l'indigent, nous faisons un *saut dans l'inconnu* : les frais médicaux subiront une ascension formidable ; quant aux frais pharmaceutiques, étant donné que les jeunes médecins ont besoin de se faire une clientèle et croiront devoir se faire de la réclame (*sic*) (3) en donnant beaucoup de médicaments, on n'en pourra voir la fin. M. le Préfet du Nord estime même que l'adoption du vœu serait de nature à augmenter les dépenses de quelques centaines de mille francs.

Cet argument méritait confirmation, et avant de rejeter purement et simplement le *principe* de liberté qu'exprimait le vœu, ces Messieurs, qui ont tous protesté hautement de leur sollicitude envers les malheureux, avaient, il me semble, le strict devoir de prouver ces bonnes intentions en adoptant la motion préjudicielle, *si sage*, de M. le conseiller Vancauwenberghe, laquelle tendait à proroger les pouvoirs de la Commission, nommée en avril dernier, pour étudier cette question du « libre choix. »

Cette proposition était ainsi conçue :

« Considérant qu'il n'a pas été donné à la Commission de l'Assistance médicale gratuite, le temps matériel d'examiner tous les éléments d'appréciation de la question très complexe qui lui était soumise, j'émets le vœu que ses pouvoirs soient prorogés, en vue de présenter au Conseil général, dans sa prochaine session, après avoir entendu M. le Préfet du Nord et *MM. les Présidents des Syndicats Médicaux*, un rapport d'ensemble qui tienne compte à la fois de notre souci des finances départementales et de l'intérêt comme de la *dignité* du malade. »

On s'attendait à un vote unanimement favorable, la motion ne réclamant, en somme, qu'une mise au point, après accord entre tous les intéressés. Mais non ; elle fut rejetée par 23 voix contre 20.

Ont voté contre : MM. Allexandre, Bouvier, Bossart, Cantineau, Dr Castiau, Debève, Delcroix Deloffre, Flament, Garin, Dr Goulard, Herbo, Lepeuple, Leriche, Loridan, Petit, Potié, César Sirot, Jules Sirot, Tribourdeaux, Turbot et Wilmot.

Ont voté pour : MM. Barrois-Brame, Barrois-Lepers, Binauld, Briffaut, Cochin, Danchin, Dansette, Degroote, Dehau, Demarle-Fetel, Dr Dransart, Fièvet, Ghesquière, Guillain, Lotthé, Mooneclay, Scrive, Dr Alphonse Sirot, Vancauwenberghe et Vandamme.

Son adoption eût consacré une marque officielle de sympathie envers les syndicats médicaux, et la reconnaissance de leur aptitude à participer à ce travail préparatoire.

Ce n'était, d'ailleurs, que justice, car il est bon de rappeler que le pivot de l'Assistance médicale gratuite est le corps médical, et que jusqu'ici on n'a jamais daigné le consulter.

C'était aussi le bon moyen de prévenir nombre de difficultés et de différends fâcheux qui surgiront forcément entre le corps médical et les Commissions d'Assistance, *au détriment du budget départemental*. On le verra bientôt.

Sous prétexte d'éclairer la religion des conseil-

(1) *Bulletin médical*, 19 mars 1904.
(2) *La Médecine moderne*, janvier 1904.
(3) Le docteur A. Sirot, conseiller général et président du Syndicat de l'arrondissement d'Avesnes, a protesté énergiquement contre cette assertion gratuite.

liers, on a cité l'exemple de la ville d'Hazebrouck où le traitement du (seul) médecin d'Assistance, fixé autrefois à 400 fr., s'était subitement élevé, depuis l'établissement du « libre choix » (tous les médecins) à 3.000 francs.

Leur opinion était fixée après cette déclaration, mais ce que l'orateur avait omis de dire, c'est que le titulaire, nommé depuis nombre d'années, continuait l'exercice de son mandat par pure philanthropie ; que le nombre d'indigents avait considérablement augmenté depuis quelques années, et qu'il était actuellement d'environ 1.800, soit, comme honoraires, 1 fr. 60 par tête d'indigent et par année. Voilà ce qu'il convenait d'ajouter.

Et nous tenons à proclamer ici que le corps médical d'Hazebrouck, en assurant le service de l'Assistance pour la susdite somme, fait un acte de solidarité sociale dont ne seraient pas capables beaucoup de ceux qui semblaient le blâmer !

Le grand dada de la résistance fut le souci des finances départementales, tout le monde en convient, mais ce que personne n'a compris, c'est le rejet de la proposition de M. Vancauwenberghe, dont l'objet était précisément de rechercher les moyens de respecter les deniers des contribuables, tout en accordant la plus grande liberté aux indigents.

Comment concilier ce vote des opposants avec leurs précédentes déclarations humanitaires ?

Le fameux « saut dans l'inconnu », fait d'accord avec les syndicats médicaux, eût prévenu toutes conséquences fâcheuses pour le budget.

C'était d'ailleurs jouer sur les mots, car le mal n'est pas là. Le docteur Legillon, d'Hazebrouck, et les médecins de tous les départements, l'ont démontré dans nos journaux professionnels par des faits et des chiffres ; la plaie hideuse, celle qui ronge les finances départementales, c'est l'inscription, sur les listes d'indigents, d'un tas de citoyens plus ou moins aisés, qui ont peut-être rendu certains services, et qui trouvent bon de se *faire* réfugier dans l' « Arche » pour ne pas payer leur médecin et leur pharmacien.

Ce n'est pas l'inconnu ni l'avenir, cela, c'est le présent. Le remède n'est pas loin, mais osera-t-on l'appliquer ? Et quel est le chirurgien qui maniera le thermo-cautère ?

Quelle moralité devons-nous tirer de ce débat ? Il me semble que nous devons avoir à cœur, individuellement et par nos syndicats, d'éclairer nos conseillers généraux qui, pour la plupart, ont cru découvrir dans la question des manœuvres politiques ou électorales, et qui ont perdu de vue le côté humanitaire et essentiellement moral de la *liberté de confiance* qu'on leur demandait d'accorder à l'indigent. En même temps, que nos syndicats ne craignent pas de revendiquer hautement l'accès de tous les médecins, quels qu'ils soient, aux fonctions rétribuées par l'Etat, les départements et les communes.

C'est une mesure de justice distributive qu'ils doivent réclamer, et sans laquelle il n'y aurait plus de raison d'être pour nos associations. Il faut que dans les petites villes et villages, tous les médecins résidents soient admis à participer au service de l'A. M. G. ; et que dans les grandes villes, où les médecins sont très nombreux, on organise le *roulement* parmi *tous ceux* qui font acte de candidat.

Nous avons perdu la première manche. La vraie question, encore embrouillée de considérations étrangères, paraîtra bientôt sous son vrai jour ; et quand nos syndicats médicaux le voudront fermement, la *liberté de confiance* sera rendue à tous.

Dr Lambin,
Correspondant du *Concours*.

(*Petit Praticien.*)

Sur l'admission des malades aisés à l'hôpital.

Cette question, toujours brûlante, provoque, presque chaque année, de longues discussions dans les milieux professionnels, et même dans les milieux administratifs.

Dans le *Matin*, du 1er juillet, M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, cherche à mettre la question au point et à établir des responsabilités.

D'après lui, la faute initiale incombe aux médecins de ville qui envoient des malades aisés, à d'anciens maîtres, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, et à ces derniers qui les reçoivent et les admettent dans leur service. Quant à l'administration, elle fait tout ce qu'elle peut pour éviter l'hospitalisation gratuite de malades pouvant payer. Il n'est pas certain que, comme le dit M. Mesureur, « la plupart des malades admis en violation des règlements, à l'insu et contre la volonté de l'administration, le sont pour la plupart par les médecins chefs de service, qui ne peuvent résister à la recommandation d'un ancien élève, d'un ami qui demande au « cher maître », au « spécialiste éminent » d'admettre et de soigner, d'opérer ou de consulter à l'hôpital, tel ou tel de leurs clients dont le cas médical échappe à leur compétence ».

Ce serait, en effet, croire les médecins bien légers que de supposer qu'ils auraient la simplicité de faire hospitaliser un client susceptible de les payer. Ces malades recommandés le sont plutôt par les relations mondaines du maître qui ne peut se refuser à hospitaliser l'ami ou le parent d'un ami. Le médecin envoie peut-être parfois un client aisé consulter gratuitement le spécialiste, et en cela il a tort, mais il le fait rarement hospitaliser.

Il y a pour le genre de malades qui nous occupe une autre porte d'entrée à l'hôpital : c'est la consultation particulière du maître.

On aurait pu espérer qu'après la création des postes de Consultants des hôpitaux, ces excès seraient disparus, il n'en fut rien. Les médecins traitants ne pouvaient se contenter de leur service où cependant la besogne abonde, et certains d'entre eux éprouvaient le besoin de créer, dans leur propre service, des consultations particulières. Inutile de dire que ces consultations sont très courues, car, là au moins, on est sûr d'approcher du maître, d'être examiné par lui et de profiter de ses lumières.

Rien à dire à cela si les clients habituels de ces consultations étaient toujours d'anciens malades du service, ou des indigents ; mais il n'en est rien. Les clients habituels ce sont les malins, commerçants, petits rentiers, qui connaissent le truc, et vont droit à la lumière. Le consultant ne peut exercer aucun contrôle sur ses clients et du reste il ne le voudrait pas, car, au fond, l'empres-

sement de ces clients, mêmes gratuits, chatouille agréablement son amour-propre.

Loin de repousser le flot envahissant, il l'encourage parfois, et conseille à des gens qui ne peuvent lui donner deux louis chez lui, de venir à sa consultation de l'hôpital. Mais, justement, ce client qui ne peut donner 40 francs pour une consultation, pourrait très bien en donner 5, et s'il n'avait la facilité de consulter gratuitement à l'hôpital, il serait allé consulter un confrère de ville. Ce ne serait peut-être pas la même chose. direz-vous ? Supposons-le. En tous cas, il faut bien se persuader que la clientèle spéciale qui va dans ce genre de consultations ne se fourvoie pas dans les consultations générales ; on y coudoie trop de vilain monde, tandis qu'à la consultation du professeur X., il n'y a que des gens bien, vous disent-ils.

Je suis persuadé de n'être pas au-delà de la vérité, en avançant cette idée et je suis sûr que tous les confrères parisiens pourraient citer des faits à l'appui de ma thèse. L'année dernière, une de mes clientes, très aisée, mais assez avare, voulant contrôler mon diagnostic, et ce sans bourse délier, se rendit un matin (sur les conseils d'une amie qui avait fait de même) à la consultation particulière d'un de nos grands maîtres. Mais elle tombait mal, le maître était pressé et comme elle était une des dernières arrivées, elle faillit le rater. Voulant à toute force avoir son avis, elle lui demanda si elle pourrait le voir chez lui, il lui donna rendez-vous pour l'après-midi et elle paya ses deux louis de consultation. De cela je suis heureux, mais il s'en fallut de peu que cette personne, très en état de payer une consultation chère, ne l'ait eue gratuitement.

Autre fait : dans une consultation du genre de celle dont je parle, vient un jour une dame qui souffrait du ventre. Après examen, elle fut reconnue atteinte d'un fibrome et comme le chef lui conseillait d'entrer à l'hôpital, pour se faire opérer, elle se récria ne voulant pas y entrer et demanda l'adresse d'un chirurgien, qui par la suite lui prit 2.000 fr. pour lui enlever sa tumeur. Ici rien à dire, mais voilà un diagnostic que tous mes confrères auraient fait, et dont les suites opératoires auraient été agréables à plus d'un d'entre nous.

On pourrait multiplier ces faits à l'infini et pour en arriver à prouver davantage que ce genre de consultations ne sert qu'à rendre plus difficile notre situation actuelle. Car c'est parmi ce public de gens aisés qu'il faut chercher ceux qui se font hospitaliser gratuitement sur les conseils du maître. En effet, si le cas est intéressant, si le traitement à instituer est long, le médecin chef engage son client à entrer dans son service, sans se soucier si ce malade ne pourrait pas se faire soigner chez lui, et c'est autant de perdu pour les médecins de ville.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux s'engagent, en tant que collaborateurs de l'Assistance publique, à ne donner leurs soins qu'à des indigents ; pourquoi alors cherchent-ils par tous les moyens à se soustraire à cette obligation, en s'efforçant de se faire un public de gens aisés et ce au détriment des petits confrères qui eux, à leur tour, en sont réduits souvent à soigner gratuitement les malheureux ?

Passons au tour de l'Assistance publique. Dans son article, M. Mesureur indique que, sur 192.000 malades soignés dans les hôpitaux, pendant l'année 1905, il n'y a eu que 6.000 payants (y compris les blessés du travail) ; la proportion, ajoute-t-il, est insignifiante. Elle l'est en effet, mais ces 6.000 malades payants, sont loin de représenter la totalité de ceux qui pouvaient payer. Nous connaissons tous, nous médecins, les trucs employés par nos clients pour être admis gratuitement à l'hôpital : faux états civils, fausses quittances de loyer délivrées moyennant 5 fr., par les concierges, etc., etc , et c'est ici où le système d'enquête de l'Assistance apparaît insuffisant.

Il est vraiment trop simple de se contenter de l'assertion d'un concierge pour déclarer que M.X. est indigent et qu'il paye 200 fr. de loyer. Pourquoi l'enquêteur ne se ferait-il pas montrer le logement de l'intéressé, ou son engagement de location, dont un double figure sur le registre du propriétaire ? Pourquoi ne ferait-il pas une enquête sur sa situation sociale et ses moyens de vivre ? Et pourquoi fixer un prix uniforme pour tout le monde; tel qui ne pourrait donner 5 fr. par jour, en donnerait facilement 2 ou 3. Ce procédé est employé par l'Assistance, pour les appareils orthopédiques qu'elle délivre aux indigents ; on s'efforce de leur faire verser, à cette occasion, une quote-part, tant minime soit-elle, et il me semble qu'il pourrait en être très bien de même pour le séjour à l'hôpital. Il résulterait de ce moyen de procéder une économie sensible pour le budget de l'Assistance, toujours si obéré et ce sont nous autres, contribuables, qui en bénéficierions peut-être, sans compter que beaucoup de malades, dans la certitude où ils seraient d'être obligés de payer à l'hôpital, hésiteraient à s'y rendre et nous laisseraient leur continuer nos soins.

Il y a là pour les médecins de ville, une question brûlante à faire aboutir et que je recommande à ceux qui ont pris en mains la tâche de soutenir nos intérêts. Mais, quoi qu'il en soit, la responsabilité de cet état de choses retombe à la fois sur les confrères des hôpitaux qui, heureux, arrivés, se désintéressent trop de leurs confrères moins fortunés et qui sacrifient trop volontiers à une satisfaction d'amour-propre l'intérêt de la corporation, et sur l'administration qui se sert de procédés vraiment trop simples pour s'assurer de la situation sociale des malades qui entrent dans ses établissements et qui, de la sorte, nous cause en tant que médecins et que contribuables un tort considérable. Dr TIBUR.

(Annales médicales.)

Eloge du Professeur Brouardel, président de l'Association des médecins de la Seine, prononcé à la réunion de la commission générale du 12 octobre 1906, par M. Fernet, vice-président de l'Association.

Messieurs, depuis notre dernière réunion, l'Association des médecins de la Seine a perdu son cher et vénéré président, le professeur Brouardel.

Tout le monde connaît sa féconde et brillante carrière, dont les étapes se suivent pendant cinquante années : les succès, les distinctions et les honneurs ne lui ont pas manqué, ils ont été la récompense méritée d'un travail continu, mis

au service de qualités intellectuelles et morales harmonieusement associées. Par ces côtés, sa vie est en quelque sorte publique, elle apparaît au grand jour, occupant une place importante à la Faculté de médecine, dans les hôpitaux, dans les Académies, dans les Sociétés savantes, et elle laisse une empreinte profonde dans les œuvres de la science pure et dans celles de la science appliquée.

Moins connue, plus discrète et plus intime, mais aussi plus touchante est la partie de cette vie réservée aux œuvres de philanthropie et de charité : de celle-là, que tous ici nous avons pu apprécier, l'Association des médecins de la Seine a eu une large part, dont notre reconnaissance doit garder le plus précieux souvenir.

Voilà plus de quinze ans, vingt peut-être, que Brouardel, depuis longtemps déjà membre de notre Association, en est devenu le président : durant ce long bail, est-il un membre de la Commission générale qui ait été aussi régulier et aussi assidu à nos séances, aussi dévoué aux intérêts de l'Association et surtout à ceux des nombreuses et intéressantes misères que nous avons la noble mission d'assister ? Malgré les multiples occupations de son existence si remplie et le labeur écrasant qu'elles lui imposaient, il a toujour su trouver le loisir de nous consacrer tout le temps utile, avec la bonne grâce, l'aménité et la patience qui étaient chez lui de maîtresses qualités.

A chacune de nos réunions mensuelles, à huit heures et demie précises du soir, on le voyait entrer dans la salle des séances, ayant plus d'une fois sans doute écourté son dîner et achevant en hâte son inséparable cigare dont sa moustache jaunie conservait la trace ; puis, après un accueil aimable à chacun de nous, il dirigeait nos séances avec un calme soutenu et une bonhomie souriante. Les discussions, assez rares d'ailleurs et toujours courtoises, trouvaient en lui un guide sûr et un arbitre à la fois équitable et bienveillant.

Quant aux misères de notre profession, aux infortunes imméritées qui demandaient notre assistance, à celles même, trop nombreuses, que les prévoyants laissent après eux, il les connaissait à fond ; à toutes il apportait une indulgence inlassable ; toujours disposé, en cas de dispositions hésitantes ou d'oppositions un peu récalcitrantes, à incliner du côté le plus favorable aux intéressés, il ne connaissait d'autres limites à nos libéralités que celles de notre budget ; enfin il dépensait sans compter son influence auprès des pouvoirs publics et des administrations pour tâcher d'obtenir quelques places avantageuses à nos malheureux invalides et par là nous apportait encore un puissant concours. Tous ces bienfaits étaient accomplis avec une simplicité gracieuse qui en rehaussait la mérite et une persévérance qui ne s'est jamais démentie.

Tel a été parmi nous notre regretté président Brouardel, tel il est resté jusqu'à la fin : à peine a-t-il manqué d'assister à deux de nos dernières séances : bien que la maladie l'eût atteint depuis quelques mois, il n'en laissait rien paraître et, Dieu merci, il a pu, grâce à sa vaillante énergie, achever sans défaillance sa noble carrière ; une complication grave l'a emporté rapidement, lui épargnant du moins la pénible épreuve d'une déchéance progressive.

En attendant que l'Assemblée Générale de l'Association des médecins de la Seine apporte à son cher président l'hommage solennel de sa reconnaissance, je suis assuré d'être l'interprète de notre Commission en offrant à sa mémoire le tribut de nos profonds regrets, auquel moi-même, camarade de jeunesse, compagnon de travail et de luttes, ami de tout temps, je tiens à me joindre avec émotion.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La chronique des accidents du travail est devenue envahissante par sa prodigieuse documentation, à laquelle nous ne parvenons pas à consacrer toute la place qu'elle réclamerait, vu son intérêt.

Inclinons-nous pourtant devant l'impérieuse nécessité en donnant les pièces ci-dessous.

C'est d'abord une petite consultation de Me Gatineau.

L'ouvrier travaillant à forfait est-il garanti par la loi sur les accidents du travail ?

9 mai 1906.

Monsieur et très honoré confrère,

Membre du « Sou Médical » je viens demander de votre compétence un conseil, voici : j'ai donné mes soins à une femme âgée de 40 ans qui travaille dans une carrière de pierres, à détacher les blocs. Elle est sous les ordres d'un entrepreneur et travaillerait *à forfait*.

Atteinte de fracture de la clavicule avec incapacité temporaire de 3 mois, elle est guérie maintenant.

L'entrepreneur refuse de me payer ma note détaillée, alléguant qu'il n'est pas responsable, puisque son ouvrière est *à forfait*. Il ajoute que l'Etat refuse de l'indemniser (il y est assuré) en pareil cas.

Qu'en pensez vous ? S'il est responsable, pourriez vous m'envoyer une consultation ou des textes montrant le bien-fondé de ma demande ! Merci d'avance et recevez mes salutations bien confraternelles.

Dr SARRADON

Voici l'état actuel de la jurisprudence sur la question que pose le Dr Sarradon :

« L'ouvrier qui travaille à forfait pour son propre compte, sans être soumis à la surveillance et à la direction de son patron pendant son travail, ne peut réclamer le bénéfice de la loi du 1898, s'il vient à être victime d'un accident (Cass. 7 novembre 1904. Acc. travail, 1904.)

« Un ouvrier qui travaille à forfait, quand il le veut, comme il l'entend, et en dehors de la surveillance et de la direction de l'entrepreneur est mal-fondé, en cas d'accident à lui survenu dans son travail, à se prévaloir des dispositions de la loi du 9 avril 1898. — Spécialement, est irrecevable à invoquer le bénéfice de ladite loi un ouvrier carrier travaillant pour un entrepreneur d'extraction de pierre meulière, quand, d'une part, il a passé avec celui-ci un marché aux termes duquel chaque mètre cube de pierre extraite lui sera payé un prix fixe, et que, d'autre part, il travaille seul sur la partie de la carrière qui lui a été désignée, à ses heures, à son gré, en complète liberté, ne recevant et n'ayant à recevoir d'ordre de personne, et pouvant, si bon lui semble et sans en aviser son patron, être même pendant plusieurs jours absent du chantier (Trib. civ. Corbeil, 30 décembre 1903.(*Gaz. Pal.*,1904, p. 169.)

Pour savoir si, dans l'espèce du Dr Sarradon, il

y a lieu à application de la loi de 1898, il ne faut pas s'attacher au mode de rémunération, mais aux conditions dans lesquelles s'exécutait le travail. L'ouvrière à forfait était-elle soumise à la surveillance de l'entrepreneur et recevait-elle de lui les ordres, ou bien était-elle seule maîtresse de diriger le travail comme elle l'entendait, et seule tenue d'assurer sa propre sécurité, en dehors de toute surveillance et direction de l'entrepreneur au point de vue des dispositions techniques à prendre ! Toute la question est là.

Votre bien dévoué.

20 Mai 1906. G. GATINEAU,

Avocat à la Cour de Paris
Conseil du « Sou Médical ».

Voici maintenant un filet cueilli dans la grande presse, et qui a dû édifier les profanes portés à nous taxer d'exagération.

Un procès-verbal du juge de paix.

(*Le Journal*, 3 août 1906.)

On sait que la loi sur les accidents du travail a réservé expressément aux ouvriers blessés la faculté de choisir librement leur médecin. Les Compagnies d'assurances préfèrent beaucoup faire soigner les blessés par un médecin agréé par elles. Certaines même refusent le paiement du demi-salaire à tout ouvrier qui ne se rend pas à la visite du médecin de la compagnie. La loi a prévu le cas en édictant une amende de 16 à 300 francs et, en cas de récidive dans l'année de la condamnation, une amende de 500 à 2.000 francs, sous réserve de l'application de l'article 463 du code pénal, contre toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la loi, aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin.

Le juge de paix du canton d'Ivry-sur-Seine, M. Chevalier-Marescq, vient de dresser procès-verbal en audience publique contre une Compagnie d'assurances qui, ne se contentant pas de menaces verbales, avait eu l'imprudence d'imprimer sur les feuilles d'accident portant en tête le nom du médecin de la Compagnie, l'avis comminatoire suivant : « Nota : Le blessé qui refuse de se rendre aux consultations indiquées par le médecin et de se conformer à ses prescriptions perd son droit à l'indemnité à partir de la dernière visite. »

Il y a bien là, en effet, atteinte portée au droit de l'ouvrier de choisir librement son médecin par menace de refus de l'indemnité.

Le procès-verbal dressé par le juge de paix a été transmis au Parquet de la Seine.

Le litige qui y a donné lieu a révélé encore de quelle façon dérisoire les médecins agréés par les compagnies d'assurances sont rémunérés. Moyennant un forfait de 6 francs pour les polices sans service médical, et de 8 francs avec service médical, le médecin doit faire toutes constatations et donner tous ses services, opérations comprises, à l'ouvrier, jusqu'à sa guérison. Le médecin s'interdit même le droit de réclamer les visites faites à son domicile, s'il n'a préalablement obtenu l'autorisation de la compagnie.

Mais tous les juges n'ont pas la même mentalité. Il en est qui poussent plus loin que le fameux tarif ministériel la propension à couper tous les fils en quatre, témoin celui d'un arrondissement parisien dont il est question dans l'extrait ci-dessous.

Dans une affaire de paiement d'honoraires médicaux à la suite d'un accident du travail, M. le Juge de Paix du XIV[e] arr. (15 mars 1906) a émis une conclusion qui intéresse au plus haut point les médecins.

« Par « grands pansements », lisons-nous, rétribués à un prix déterminé dans un tarif d'assistance, il faut entendre les pansements qui enveloppent le membre tout entier et non ceux qui n'enveloppent qu'une partie ou « pansements moyens », lesquels ne donnent droit qu'à une rétribution moindre, de moitié par exemple. »

Tout d'abord, faisons remarquer qu'il ne s'agit point d'un tarif d'assistance, mais bien du tarif ministériel réglementant les honoraires dûs à l'occasion d'un accident du travail, ce qui n'est pas du tout la même chose, mais, si vous le voulez bien, mettons cette erreur sur le compte de l'inattention et passons.

Voilà maintenant, mes chers Confrères, nos pansements tarifés au mètre carré, ou peut-être au centimètre carré. M. le Juge de Paix, dans sa précipitation, a oublié de nous donner l'unité de mesure; nous l'attendons pourtant, car des notes d'honoraires pour accidents du travail reposent dans nos registres et nous ne savons à combien évaluer le prix de nos pansements pour passer à la caisse des Compagnies d'assurances.

Peut-être, M. le juge de paix a voulu tenter un rapprochement avec le pansement à quinze sous de M. le directeur de l'assistance publique. Très bien, mais quinze sous, quoi ? Le centimètre, oh non ! nous serions des ladres ; les cinquante centimètres, cela est déjà mieux.

D'ailleurs, Messieurs les médecins, vous qui ne faites rien pour la collectivité, soyez un peu généreux, il s'agit d'une question qui intéresse la santé publique.

Il est à croire que M. le juge de paix est en relations continues avec des entrepreneurs de peinture ou de maçonnerie qui réduisent tous leurs travaux au mètre carré pour vouloir évaluer un pansement d'après la surface qu'il recouvre. Allons, réfléchissez un moment et vous verrez que votre conclusion ne porte pas la marque du bon sens.

Vous basez-vous sur la difficulté du pansement ? Pour ma part, et je crois fort que mes confrères ne me contrediront pas, je préfère faire le pansement d'un bras que d'un doigt par exemple : rien n'est plus facile que d'envelopper un bras de coton et de dérouler une bande par dessus. Que de tâtonnements, au contraire, pour faire à un doigt un pansement présentable et qui tiendra jusqu'à la prochaine consultation. Vous fiez-vous sur le prix de revient du pansement ? mais ce prix varie suivant les matériaux de pansement employés, et un pansement ne recouvrant qu'une petite surface peut être plus dispendieux qu'un pansement d'une surface plus étendue.

Allons, Monsieur le juge de paix, vous voyez que vouloir tarifer un pansement suivant son étendue ne constitue pas un heureux précédent ; aussi, quand un médecin se présentera devant vous pour réclamer à une Compagnie d'assurances l'acquittement d'une note d'honoraires, ne cherchez pas si le pansement enveloppait un membre entier ou une partie seulement, mais accordez le prix demandé et la sympathie du corps médical vous sera acquise.

Sachez que, malgré les insinuations des Compagnies d'assurances, nous réclamons seulement ce qui nous est dû et que nous réglons nos actes d'après notre conscience et notre honnêteté.

Mais, au fait, peut-être avez vous cherché à vous payer la tête des rédacteurs du tarif ministériel en adoptant leur système jusqu'à l'absurde.

Si oui, merci.

En résumé, les blessés et les médecins, de plus en plus révoltés par les procédés des assureurs, en arrivent à des mesures radicales de défense ou de précaution, jusqu'à ne pas craindre de changer leurs habitudes professionnelles du tout au tout, comme le prouve la lettre suivante :

S..., le 20 juin 1906.

Monsieur et cher confrère,

Je vous communique une règle de conduite envers les assurances accidents industriels, règle que nous

avons adoptée à S..., où nous sommes trois confrères, nous entendant bien et syndiqués (cercle de G...).

En vertu de la latitude à nous reconnue par la circulaire ministérielle, de discuter nos honoraires comme auparavant et en raison de l'intention bien arrêtée de diverses compagnies de nous imposer le fameux tarif, nous ne délivrons aucun certificat et ne donnons jamais aucun soin à moins de *paiement comptant à chaque séance par l'ouvrier lui-même* (au patron de faire des avances s'il y a lieu). La guérison obtenue, le certificat sera donné sous la même condition *siné qua non* et la note *détaillée* sera donnée à l'ouvrier pour que la compagnie établisse ce qu'elle doit au patron d'une part et à l'ouvrier de l'autre, en déduction ou en sus (cela la regarde seule) de l'indemnité journalière qu'elle lui donne.

Comme cela, toutes contestations de règlements d'honoraires seront supprimées et nous sommes persuadés que nous aurons un résultat capital, la fin des chicanes de ces groupements financiers.

Si cela peut intéresser les membres du Concours vous pourrez publier.

Bien cordialement,

Dr M. M.,

Membre du « Concours » et du « Sou ».

Il faut que la fatigue et l'écœurement aient atteint un joli degré pour que le médecin prenne cette attitude de simili-grève, et attende tenacement l'ouverture du porte-monnaie avant de commencer son rôle. Et il est vraiment stupéfiant qu'il y soit amené par des financiers chargés de propager dans notre société la prévoyance et l'assurance Ah quels jolis apôtres la solidarité sociale s'est donnée-là !

L'état d'âme des corporations ouvrières, qui sont victimes, non seulement de leur travail, mais encore des manœuvres ci dessus rappelées, s'est traduit, on le sait, par des organisations défensives dans les offices du travail.

Ci-dessous un nouveau spécimen de ces organisations présenté par des prospectus dont on nous remet un exemplaire.

Office du Travail du XXe Arrondissement

17, RUE HENRI-CHEVREAU (MÉNILMONTANT), PARIS XXe

Nouvelle loi sur les accidents du travail

Loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 2 avril 1905.

Avis aux ouvriers blessés.

En vertu de la loi sur les accidents du travail :

1° L'ouvrier, victime d'un accident du travail a droit à une indemnité journalière, au demi-salaire et aux soins médicaux et pharmaceutiques gratuits : les frais en étant toujours supportés par l'assurance ou par le patron, s'il n'est pas assuré ;

2° Le blessé a le droit absolu de choisir son médecin et son pharmacien (art. 4) ; il peut donc toujours se faire soigner par son médecin, même lorsque ce n'est pas ce médecin qui a fait les premières constatations ou donné les premiers soins ;

3° Est passible d'une amende de 16 à 2,000 francs, tout patron qui tente d'imposer un médecin d'assurances au blessé, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menace de refus des indemnités (art. 30) ;

4° Le médecin de la compagnie d'assurances n'a aucun droit spécial pour soigner ou examiner le blessé, ni pour établir le certificat de déclaration d'accident ;

5° Le certificat de déclaration d'accident peut donc, dans tous les cas, être établi par le médecin du blessé. — Ce certificat ayant une grande importance (car c'est une pièce qui en cas d'invalidité ultérieure devient le point de départ de toute la procédure), le blessé a toujours avantage à le faire établir par un médecin en qui il a librement placé sa confiance plutôt que par un médecin inconnu représentant la compagnie d'assurances ;

6° Le bulletin remis à la victime après l'accident, où il est dit que le blessé doit se rendre chez tel ou tel médecin, est une pièce sans valeur. Il peut être égaré ou même détruit par le blessé qui ne perdra pour cela aucun de ses droits à l'indemnité. Le blessé n'est pas obligé de se rendre chez les médecins des compagnies ni de leur faire viser des bulletins ou des feuilles de visite ;

7° Le blessé a le droit absolu de refuser de se laisser examiner par le médecin de l'assurance, si le médecin de la compagnie ne présente pas au blessé : 1° l'autorisation du juge de paix ; 2° le reçu de la lettre recommandée adressée depuis 48 heures au moins au médecin choisi par le blessé. Tout médecin qui ne présente pas ces 2 pièces doit être impitoyablement mis à la porte par l'ouvrier (art.4) ;

8° Le domicile du blessé est inviolable (art. 181 du code pénal). Aucun médecin, à l'exception de celui qui a l'autorisation des tribunaux, ne peut pénétrer dans le domicile du blessé sans son assentiment, même sous le prétexte de renseigner la compagnie d'assurances sur l'état du blessé ;

9° L'hôpital ou les dispensaires ne peuvent en aucun cas être imposés au blessé : celui-ci a tout avantage à se faire soigner par son médecin habituel ;

10° Les hommes d'affaires sont toujours des parasites et presque toujours des escrocs qui touchent à la fois des blessés et des assureurs et mangent à deux râteliers ; leur intermédiaire est absolument inutile et la loi les interdit, les punit (art. 30) et déclare nuls les contrats passés avec eux. Les ouvriers trouveront toujours à leur syndicat, à la Bourse du travail ou à l'*Office du travail* du XXe arrondissement les indications et l'appui nécessaires à la bonne conduite de leur procès, et cela absolument gratuitement.

Conclusions.

1° Au patron qui voudra l'envoyer au médecin de la compagnie d'assurances, le blessé aura le droit de répondre : « Je préfère me faire soigner par mon médecin habituel, car j'ai confiance en mon médecin de famille et je ne connais pas le médecin de l'assurance. »

2° Au médecin d'assurances qui se présentera pour l'examiner, le blessé aura toujours le droit de répondre : « Montrez-moi l'autorisation du juge de paix et le reçu de la lettre recommandée depuis 2 jours à mon médecin. »

A l'homme d'affaires qui viendra vous solliciter, avec l'intention de vous entôler, vous répondrez : « Non, merci, je ne suis pas assez riche pour vous engraisser, et je sais où trouver de bons conseils. »

« 3° Vous faire soigner par les médecins attachés aux compagnies est aussi imprudent que de faire plaider son procès par les avocats attachés aux compagnies.

Conseils juridiques et soins absolument gratuits

POUR LES BLESSÉS, VICTIMES D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Nous avons fondé, pour déjouer les manœuvres de plusieurs compagnies d'assurances et de leurs agents, avec le concours des organisations ouvrières de la région :

L'Office du travail du XXe arrondissement

17, RUE HENRI CHEVREAU

(Près de la station Ménilmontant). Paris XX.

Aussi bien pour les soins médicaux que pour les conseils juridiques, l'*Office du travail* possède une organisation et un outillage complet. Les médecins et les avocats qui y sont attachés sont en permanence à la disposition des camarades blessés et de

tous ceux qui veulent se renseigner sur toute affaire d'accident du travail, et l'*Office du travail* est ouvert à tous gratuitement et sans aucun frais d'aucune nature. Les camarades y trouveront même, s'il y a lieu, l'aide matérielle qui peut leur être utile.

La permanenece est ouverte :

Pour les consultations juridiques : les lundis, mercredis et vendredis, de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2 du soir ;

Pour les consultations médicales : tous les matins (sauf le dimanche) de 8 heures à 9 heures.

Moyens d'accès : Métropolitain (Ménilmontant), Ceinture (Ménilmontant), Omnibus, Ménilmontant-Gare Montparnasse, Tramways Opéra-Bagnolet, La Villette-Place de la Nation, Vincennes-Saint-Augustin.

Encore une fois, l'Office est ouvert à tous les travailleurs, sans frais et sans engagement d'aucune sorte : Venez à nous quand vous aurez besoin de nous, envoyez-nous vos camarades blessés, et souvenez-vous que le chemin que vous indiquent un grand nombre de compagnies est celui de l'exploitation et de la fraude, et que nous vous montrons celui de l'union, de la fraternité et de la solidarité de classe.

A bas les exploiteurs ! Vivent la liberté et l'émancipation ?

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Le certificat d'études médicales supérieures.

L'Association des médecins de l'Ain, considérant :

1° Que jusqu'à ce jour, dans n'importe quelle Faculté, le grade universitaire le plus élevé est le doctorat ;

2° Que la création du diplôme d'études médicales supérieures ne peut donc qu'entraîner un amoindrissemsnt de la valeur du diplôme de docteur en médecine ;

3° Que, de ce fait, il peut en résulter, dans la pratique de la clientèle, un dommage pour les titulaires du diplôme de docteur;

4° Que rien dans la loi du 30 novembre 1892, ni dans le décret du 31 juillet 1893, ne fait prévoir et même n'autorise la création de ce diplôme d'études médicales supérieures, et que, de ce fait, il peut paraître illégal qu'une simple décision du Conseil supérieur de l'Instruction publique puisse créer un diplôme non prévu par la loi, ou seulement un grade quelconque en dehors des titres donnés au concours ;

Emet le vœu que soit abrogé le décret du 26 juillet 1906, créant le diplôme d'études médicales supérieures et estime qu'au cas contraire, il y aurait peut-être lieu de soumettre la question au Conseil d'Etat.

(Adopté à l'unanimité.)

Conseil général des Sociétés médicales de l'arrondissement de la Seine.

Paris, le 15 octobre 1906.

Mon cher confrère,

J'ai l'honneur de vous informer que la réunion des Secrétaires Généraux des Sociétés Médicales d'Arrondissement de Paris et de la Seine tenue le 13 octobre a approuvé :

1° La lettre ci-jointe adressée, d'après la décision du Conseil général, aux différents groupements médicaux;

2° Le texte de l'ordre du jour auquel s'est déjà ralliée la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques dans sa séance du 11 octobre ;

3° L'envoi à chaque médecin de Paris et du département de la Seine de la formule de pétition ;

4° Le principe d'une subvention fournie par chaque Société pour subvenir aux frais du pétitionnement qui s'élèveront approximativement à la somme de douze cents francs.

La réunion des secrétaires généraux présents compte que chaque Société participera, aussi largement que possible, aux frais de cette campagne, destinée à sauvegarder les intérets primordiaux de notre profession.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments dévoués.

Le Secrétaire général,

Dr Ducor.

Ordre du jour :

Paris, le 15 octobre 1906.

Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine.

Considérant :

1° Que la création d'un certificat d'études médicales supérieures ne pourra que déconsidérer le doctorat.

2° Que la création de ce certificat aura pour effet de diviser le Corps médical en deux castes : les docteurs en médecine ou médecins inférieurs ; les titulaires du certificat ou médecins supérieurs, et de rétablir un officiat de santé à peine et justement aboli ;

3° Que le titre de docteur, dans toutes les sciences, est le titre summun fixé jusqu'à ce jour, et qu'on ne saurait autrement que par une loi créer un titre supérieur, comme celui que donnerait le certificat d'études médicales, présentement visé ;

1° Proteste avec énergie contre le décret de création d'un certificat d'études médicales supérieures ;

2° Fait appel à tous les praticiens de France, à tous les groupements professionnels, à tous les organes de défense ;

3° S'associe à toutes les mesures susceptibles de faire rapporter le décret du 25 juillet 1906, et plus particulièrement à un pétitionnement du Corps médical français.

Lettre aux groupements médicaux.

Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de la Seine.

Paris, le 15 octobre 1906.

Monsieur le Président,

Nous avons l'honneur de porter à votre connaissance que le Conseil général, ayant à discuter, dans sa séance du 8 octobre, les conclusions de plusieurs sociétés d'arrondissement, et, en particulier le rapport de la Société du VIIe au sujet de la réorganisation des études médicales, ayant été saisi en outre, par différents groupements professionnels de Paris et de la province, d'ordres du jour de protestation contre la création du certificat d'études médicales supérieures ; après avoir entendu M. Coppens (de Lille) invité à prendre part à la discussion, a adopté les résolutions suivantes :

Le Conseil Général,

1° Est d'avis qu'il y a lieu, pour chaque Société médicale d'arrondissement d'organiser d'urgence, par voie de pétitionnement, une protestation contre la création du nouveau certificat et de demander l'abrogation du décret du 25 juillet 1906, qui l'a institué ; ce mode de protestation paraissant présenter, au point de vue de la rapidité d'action et de l'efficacité, des avantages supérieurs à ceux que l'on peut attendre d'un congrès de praticiens, dont l'organisation demande d'ailleurs un temps plus long;

2° Approuve dans leur ensemble les différents ordres du jour dont il a été saisi par l'Association de l'Ain et par le Syndicat de Lille et de la région, sous la réserve exprimée dans le paragraphe précédent en ce qui concerne l'utilité du pétitionnement et l'opportunité d'un Congrès des Praticiens, décidant en outre l'adjonction du texte de ce considérant : que le titre de Docteur, dans toutes les sciences, est le titre summun fixé jusqu'à ce jour, et qu'on ne saurait, autrement que par une loi, créer un titre supérieur comme celui que donnerait le Certificat d'études médicales précédemment visé;

3° Adopte la proposition de M. Coppens, demandant que chaque groupement professionnel délègue deux de ses membres à l'effet de constituer un Comité d'Action et de Protestation et désigne comme délégués à cet effet le Président et le Secrétaire général;

En conséquence, nous vous serons obligés de vouloir bien nous faire connaître les noms des deux délégués de votre groupe afin que nous puissions nous mettre utilement en rapport avec eux.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments dévoués.

Le Secrétaire général, Dr Ducor, 87, avenue de Villiers,

Le Président, Dr Dignat, 14, avenue Carnot.

Union des syndicats médicaux.

La réunion du Syndicat médical du Sud-Est vient de voter l'ordre du jour suivant:

« L'Union des syndicats médicaux du Sud-Est proteste avec énergie contre le décret de création d'un certificat d'études médicales supérieures; fait appel à tous les praticiens et à tous les groupements professionnels du Sud-Est; s'associera à toutes les mesures susceptibles de faire rapporter ou modifier le décret du 25 juillet 1906, tel qu'il a été conçu; adhérera à l'organisation d'un congrès des praticiens de France; fera tenir copie de cet ordre du jour au ministre de l'Instruction publique, à tous les groupements médicaux, à tous les confrères, sénateurs ou députés. »

CORRESPONDANCE

Un essai de défense des médecins assermentés.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Concours médical.*

Je suis depuis 25 ans un « monsieur assermenté». Je ne sais pas au juste à quelle catégorie j'appartiens, celle des invalides ou celle des fanatiques de l'autoritarisme qui collent sur le papier des diagnostics express. J'exerce le ridicule monopole d'un contrôle que je ne fais d'ailleurs presque jamais, et je passe mon temps à empiéter sur la clientèle de certains de mes confrères moins favorisés, de sorte que je me crée ainsi de bonnes petites rentes en vertu de traditions et de procédés policiers que nous ont légués les anciens régimes monarchiques.

Je me crois donc quelque peu autorisé à répondre aux récriminations contenues dans votre numéro du 7 octobre, sur la justesse desquelles votre correspondant lui-même avoue n'être pas bien fixé et vous demande avis. Peut-être cette constatation d'ignorance aurait-elle dû l'engager à être moins sévère dans ses appréciations; mais puisqu'il confesse n'être qu'un débutant, il faut user d'indulgence à son égard. Qu'il me permette cependant de lui donner le conseil de ne plus délivrer ni faire payer aux fonctionnaires des certificats dont il connaît la non-valeur. Voilà quatre fois que cela lui arrive. C'est trop. Que dorénavant il leur réponde qu'il n'a pas mandat de le faire, et qu'ils doivent s'adresser à qui de droit. Je lui garantis que les plaintes seront moins amères.

D'un autre côté, il est inexact de dire que les fonctionnaires de l'Etat n'ont pas le libre choix de leur médecin. Les assermentés ne leur doivent aucunement leurs soins, et chacun le sait. Ils n'ont qu'à délivrer le certificat constatant l'état de la maladie, la nécessité d'un congé, l'urgence de la mise à la retraite, etc.,etc. Est-ce que les grandes administrations privées n'ont pas, elles aussi, des médecins attitrés ? Est-ce le premier venu qui constate l'aptitude des postulants à entrer dans les chemins de fer, les indispositions du personnel et, contradictoirement, les blessures des voyageurs, etc., etc. ? Les séminaires, les lycées, les couvents, le Crédit lyonnais, les tramways..., n'ont-ils pas des praticiens chargés de leurs intérêts au point de vue médical ? N'en est-il pas de même dans toutes les villes pour l'octroi, la police, le service des mœurs? Qui donc a jamais demandé la suppression de nos confrères de l'armée, des médecins des hôpitaux, des prisons, des ministères, des douanes..., Et pourquoi l'Etat, craignant peut-être certaines complaisances qui ne se sont jamais, au grand jamais, produites jusqu'ici, mais qui sont dans le domaine des choses possibles dans un avenir que nul ne connaît, ne chercherait-il pas des garanties en confiant certaines missions à des médecins à qui il a fait prêter serment ?

Je puis affirmer que cette formalité a plusieurs fois mis à l'aise le médecin traitant qui ne se sentait pas suffisamment libre de résister à des sollicitations injustifiées.

La comparaison que l'on veut établir avec les médecins des compagnies d'assurances est donc radicalement fausse. Nous jouissons de notre pleine indépendance et n'allons sur les brisées de personne. Mais, comme le dit le proverbe persan : « Si petit pommier qu'on soit, du moment qu'on porte des pommes, il faut s'attendre à être secoué et à recevoir des coups de gaules dans ses branches ». Espérons qu'un jour viendra où, à son tour, votre correspondant servira de cible à ceux qui entreront dans la carrière avec une impétuosité égale à la sienne, mais non la même ignorance de la portée et de la justesse de leurs attaques.

Veuillez agréer, etc...

Le secret professionnel à l'hôpital.

Mon cher Directeur,

Voici une histoire qui m'a été contée par un vieux bien que toujours jeune, praticien de mon quartier, et qui me semble digne d'être mieux connue. En lui donnant la circulation de votre journal, vous permettrez à des confrères de la confirmer ou de la corriger, en tous cas d'acquérir une authenticité.

En 1871, un médecin du nom de Fano (qui n'est évidemment pas Salvador Fano, mort à Paris en 1895), était médecin à l'Hôtel-Dieu, Ses salles contenaient beaucoup de blessés de la Commune. Lorsque les Versaillais entrèrent à Paris, ils parcoururent toutes les maisons et toutes les salles des hôpitaux, pour y chercher des fédérés blessés, lesquels, aussitôt découverts, étaient fusillés. Ils pénétrèrent ainsi dans la salle de Fano, et lui demandèrent s'il avait parmi ses malades des fédérés blessés. « Non », répondit Fano. Et les Versaillais se retiraient, lorsqu'en passant devant un lit, un malade

se leva et cria à tue-tête : « Vive la Commune ! »

Quelques instants après, le communard et le Dr Fano étaient fusillés dans la cour de l'hôpital.

Voilà comment le secret professionnel peut conduire un médecin à l'héroïsme et à la mort ; exemple utile à méditer pour M. le Procureur général de la République à Bordeaux !

P. E. Dally.

Les rapports des médecins et des Sociétés de secours mutuels.

Mon cher confrère,

Installé ici depuis 2 ans, j'ai débuté par la lutte avec les Sociétés de Secours mutuels.

Celles-ci payaient leurs médecins à forfait ; un crédit était voté qu'on partageait ensuite au prorata non des visites, mais des « feuilles ».

Cela mettait parfois la visite à 4 sous !

J'ai refusé les offres de ces messieurs et réclamé le libre choix de la visite.

Une des deux sociétés a cédé.

L'autre a tenu bon et s'est assuré le concours d'un confrère officier de santé, déjà dans le pays depuis 2 ans, moyennant 500 fr. par an.

Notez qu'il donnait des soins aux membres de la société rivale dans les mêmes conditions que moi.

Cependant il était abonné du *Concours* !!

Il ne s'est pas enrichi à ce métier, et le voilà qui lève sa tente.

Un jeune docteur vient le remplacer qui ne m'a pas encore fait sa visite. J'ai tout lieu de croire qu'il a accepté de continuer avec la société à forfait les errements de son prédécesseur.

Ce n'est pas à moi à aller le trouver pour le chapitrer (1).

Mais vous pourriez peut-être lui envoyer quelques numéros du *Concours* traitant la matière.

C'est une « âme à sauver ». Il paraît bon garçon et quand je le connaîtrai, je m'efforcerai de lui montrer que nous n'avons qu'à perdre en dignité en nous faisant les valets de ces clients « à la mie de pain ».

Il faut vous dire qu'au début tout le monde dans le pays m'a jeté la pierre. Mais, peu à peu, les clients sont venus tout de même, et les plus acharnés me tirent aujourd'hui leur chapeau les premiers.

D'ailleurs, je sais que les sociétaires eux-mêmes réclament à grands cris le libre choix de leur médecin. La question va être tranchée dans 8 jours en assemblée générale et si les principes du Concours remportent la victoire, *je vous en ferai part*.

Un peu longuette, ma missive, n'est-ce pas ?

Mais peut-être intéressante tout de même comme document.

Bien confraternellement.

Dr L.

L'enquête de la Grande Presse sur le saturnisme.

Mon cher confrère,

Le Syndicat des médecins du Rhône, dans sa séance du 10 courant, a voté sur ma proposition le texte suivant qui sera inséré dans le prochain bulletin. Ce texte vise un referendum adressé par le journal *le Matin* à tous les médecins français, et où les questions suivantes sur la céruse et le saturnisme seront posées à nos collègues :

« Voulez-vous nous décrire la nature des affections saturnines et les suites des maladies que vous avez été appelé à observer » etc. (Voir le *Matin* du 9 oct. 1906.

Le texte approuvé par notre Syndicat est le suivant : « Le Syndicat des médecins du Rhône met en garde ses adhérents contre toute demande de referendum émanée de journaux politiques et ayant trait à des questions d'hygiène. — Le Syndicat estime en effet que les médecins praticiens n'ont pas à se substituer aux comités consultatifs organisés par l'État et que les questions de médecine sujettes à discussion ne doivent pas être débattues devant le grand public inapte à comprendre la raison scientifique des divergences médicales ».

Le Syndicat m'a chargé de porter ce texte à votre connaissance, en vue de solidariser nos efforts.

Confraternellement à vous,

Dr Maurice.

(1) N.D.L. R.— Erreur. Nous devons aux jeunes et à l'intérêt général l'enseignement que la Faculté ne leur donna pas. Votre démarche vous fera honneur même si elle n'était pas bien traduite et bien accueillie.

REPORTAGE MÉDICAL

Les vaccinations dans le département de la Seine. Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine a voté, à l'unanimité, dans ses séances du 11 décembre 1905 et suivantes, et de nouveau, le 18 juin 1906, le vœu suivant, et décidé qu'il serait adressé par le bureau à tous les conseillers généraux du département de la Seine :

« Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine, réuni en séance le 11 décembre 1905 ;

« Emu de voir présenter un projet sur la vaccine obligatoire, qui enlèverait au malade le droit qu'il a de choisir librement son médecin en toute circonstance, principe reconnu par la loi sur les accidents du travail ;

« Considérant que tous les membres du corps médical sans exception ont toutes les qualités requises par la loi pour vacciner et pour apprécier les résultats d'une vaccination ;

« Emet les vœux suivants :

« 1° Tout médecin, conservant le droit de vacciner toute personne qui lui demande de pratiquer cette opération, doit contrôler lui-même les résultats des vaccinations et délivrer le certificat prescrit par la loi ;

« 2° Les médecins vaccinateurs auront le libre choix du vaccin qui leur est ordonné, d'après leur expérience professionnelle, à condition que ce vaccin provienne d'un institut vaccinogène contrôlé conformément à la loi et que la fourniture soit faite au tarif accepté par l'Administration ;

« Le service de la vaccination gratuite doit être réservé exclusivement aux seules familles nécessiteuses ».

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Giannetti, de Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure), et Floquet, de Paris, membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année N° 43 28 OCTOBRE 1906



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

AVIS

Assemblées générales de " l'Union des Syndicats médicaux de France ", du " Concours Médical ", du " Sou Médical ", du " Patronage Médical " et de l' " Association Amicale ", 17, 18 et 19 novembre 1906.

Les Assemblées Générales annuelles de nos Sociétés auront lieu les **dimanche 18 et lundi 19 novembre 1906**, dans l'ordre suivant :

1° Le **samedi**, *à 2 heures*, *Hôtel des Sociétés Savantes*, 28, rue Serpente, Assemblée générale de l'**Union des Syndicats médicaux de France**, sous la présidence de M. le Dr Gairal.

2° Le **dimanche 18 novembre**, *dans les salons du restaurant Marguery*, 36, boulevard Bonne-Nouvelle :

A 9 heures du matin : Réunion spéciale pour les Correspondants du **Concours**.

A 10 heures : Assemblée extraordinaire du **Patronage Médical** (Revision des statuts).

A 2 heures : Assemblées Générales communes du **Concours Médical** et du **Sou Médical**. (Voir l'ordre du jour à la page suivante.)

Le Banquet, commun à toutes les Sociétés, aura lieu à 7 heures, chez Marguery, sous la présidence de M. le Dr Mignen (de Montaigu, Vendée), fondateur du premier syndicat médical en France.

La cotisation pour le banquet est fixée à 10 francs ; la Société du Concours prenant à sa charge le supplément des frais, qui dépassent 15 francs par convive.

Prière d'aviser de sa présence, en vue des dispositions à prendre.

3° Le **lundi 19 novembre**, *dans les bureaux du Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque,

A 9 heures du matin : Assemblée Générale de l'Association Amicale.

PROPOSITIONS DES MEMBRES DU « CONCOURS ». — Nous rappelons qu'il est nécessaire que les propositions formulées par les *membres du Concours*, en vue de l'Assemblée générale, parviennent dans le plus bref délai, afin que le *Conseil de Direction* soit en mesure de procéder en temps utile à leur examen.

CORRESPONDANTS. — Le Conseil de Direction prie les Correspondants d'informer le plus tôt possible l'administration du *Concours* de leur désir d'assister aux Assemblées générales des 18 et 19, en faisant connaître le montant de leurs frais de voyage en chemin de fer, s'ils ne sont pas médecins de ces services.

Le Conseil rappelle en même temps : que la réunion spéciale des Correspondants aura lieu le dimanche 18 novembre, à 9 heures du matin, dans les salons du Restaurant Marguery (36, Boul. Bonne-Nouvelle).

Séances communes des Conseils du Concours et du Sou Médical,

PRÉPARATOIRES DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES (19 Octobre 1906)

La séance est ouverte sous la présidence de M. le Dr Maurat, président. Etaient présents : MM. Gassot, Jeanne, Maurat, Cézilly, de Grissac, Gâtineau, Le Menant des Chesnais, Diverneresse, Vimont et Bellencontre.

Préparation de l'Assemblée générale.

M. Jeanne expose que le Conseil de direction du «Concours» a projeté de faire une seule séance commune au «Sou» et au «Concours». Cette manière de procéder éviterait des redites fatales en raison de la similitude des questions agitées dans les deux Sociétés. Nous pourrions ainsi gagner du temps et l'intérêt de la séance en serait augmenté.

Cette procédure étant adoptée. la séance s'ouvrirait par le discours du Président du « Concours » et par le rapport de son Trésorier.

MM. Vimont et Diverneresse présenteront le rapport sur les Sociétés de Secours mutuels.

M. le Dr Maurat entretiendra l'assemblée de la réorganisation des Syndicats.

M. Henri Cézilly exposera l'état de la question de la réorganisation des études médicales ; il indiquera les vœux à formuler et les décisions à prendre.

M. Gassot nous parlera de l'entente si souhaitable entre les médecins et les pharmaciens.

M. Jeanne traitera des accidents du travail et des modifications apportées au tarif.

M. Gâtineau résumera l'état de nos revendications et de nos conquêtes en matière de Jurisprudence médicale.

M. de Grissac se chargera de questions plus spéciales telles que : création des pupilles du « Sou médical ». Tarif d'expertises des accidents *du travail ; démarches à faire pour que le tarif* civil soit, en ces matières, toujours appliqué puisqu'il est le seul applicable.

Après la lecture du rapport du trésorier du « Sou » la séance serait clôturée par l'examen des propositions des correspondants et des membres des deux Sociétés.

Ce programme est approuvé à l'unanimité.

Le Conseil décide, dès maintenant, un tirage du journal, qui aura pour but de faire connaître à tous les médecins de France l'état de la question de la réorganisation des études médicales.

Il proposera à l'Assemblée générale des membres du Sou d'ouvrir un crédit de 2.000 fr. pour faire face à une partie des frais de préparation d'un Congrès des Praticiens, motivé par la création d'un certificat d'études médicales supérieures et plus spécialement pour indemniser les délégués membres du Sou qui se déplaceront au moment de ce Congrès.

Un membre expose que les Sociétés d'arrondissement de Paris ont l'intention d'adresser au ministre, sur cette question, une pétition par lettre individuelle. Ce pétitionnement sera fatalement le fait d'une minorité. Il y aurait lieu de faire revenir ces Sociétés sur leur décision. Il paraît plus désirable que le Comité du Congrès dirige le mouvement et fasse l'emploi des sommes mises à sa disposition.

MM. Vimont et de Grissac sont désignés à ce Comité par le « Sou médical ».

MM. Coppens (de Lille) et Diverneresse y représenteront le « Concours ».

M. le Dr Vimont souhaite que ce Congrès ne se traduise pas uniquement par une activité passagère, mais qu'il donne naissance à une organisation permanente de défense, émanant de tous les médecins de France. (*Vœu adopté*).

Le Dr Gassot, trésorier, donne lecture de son rapport.

Après l'approbation des comptes, le Conseil décide de verser une somme de 4.000 francs à la caisse de garantie ; il considère qu'agir ainsi n'est pas thésauriser, mais bien améliorer et perfectionner un instrument de défense professionnelle, de façon à lui donner une efficacité indiscutable.

Le Secrétaire général donne lecture de son rapport à l'assemblée. Il sera publié d'avance.

M. le Dr Louis Gassot est proposé comme trésorier-adjoint, et M. le Dr Henri Cezilly accepte de remplir les fonctions de Secrétaire des séances.

L'appui pécuniaire du « Sou » est accordé au Dr P.

Le Dr D., de S , sera soutenu dans ses revendications. Des renseignements seront pris au Conseil d'État pour savoir où en est exactement son affaire.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire des séances, H. Cézilly.

RAPPORTS STATUTAIRES ANNUELS DU " CONCOURS MÉDICAL "

Rapport du Conseil de direction

Chers Confrères,

Jadis, à cette époque statutairement précisée, le Conseil de direction du «Concours Médical» rendait compte de ses seuls actes et des campagnes de notre seule Société.

Depuis le banquet de 1899, où tous les groupements vinrent communier à notre table, le programme de cette revue s'est élargi. Il nous faut, d'une part, dire à quel point sont arrivées les questions soumises à l'action commune de toutes les Sociétés avec lesquelles nous collaborons sans ménager nos efforts, et, de l'autre côté, signaler celles que notre initiative propre livra aux préoccupations du monde médical dans l'année.

I. *Action commune avec les autres Sociétés.*

Par ordre de date, les *lois accidents du travail* viennent en tête de ce chapitre.

On n'a rien changé à leur texte, au cours de cette année. Mais rappelons que le Parlement a voté leur extension, pour le 1er janvier 1907, à toutes les professions commerciales inscrites dans la loi des patentes ; 2° que l'application aux accidents agricoles va suivre à bref délai, et que nous prions même nos amis du Parlement de hâter cette mesure dans l'intérêt de nos humbles clients des campagnes et, aussi, afin d'unifier, en ce qui nous concerne, les régimes si bizarres dans lesquels nous vivons, dans les rapports avec les victimes, leurs patrons, et les assureurs.

La commission du *tarif ministériel d'honoraires*, prévue par la loi des accidents, a procédé, en juin dernier, à une révision partielle de ce document, en exécution des dispositions de son article premier.

Après tout ce qui avait été si bien précisé aux assemblées générales de nos Sociétés, l'année dernière ; après le soin qu'avaient pris, avec nous, les trois ardents délégués médicaux d'indiquer à chaque Syndicat, à chaque Société locale, et, par un tirage spécial du *Concours*, à chaque médecin de France, le mode très simple de faire la preuve réclamée au sujet du prix de la visite, avant 1901, dans chaque commune, nous avons eu la cruelle surprise de voir la majorité de nos groupements rester inertes, se refuser à ce minuscule effort, faisant perdre à leurs membres le quart de leurs honoraires, auxquels ils ont droit. A ces présidents et secrétaires, qui ont trahi la confiance de leurs mandataires en ne prenant pas l'initiative qui leur revenait, nous laissons la responsabilité entière de l'échec éprouvé par leur région, et, si pénible que nous soit ce langage, nous trouverions juste et désirable que leurs camarades confient à de plus dignes la tâche et l'honneur de les représenter et de les défendre.

La Commission, en effet, a voté, à l'unanimité, le prix de 2 francs pour toutes les communes, même non mentionnées à l'arrêté, et quel que soit le chiffre de leur population, quand la preuve demandée avait été faite à leur sujet ; le ministère a ratifié. Nous ne pouvons donc que féliciter nos délégués de la Commission et les confrères qui ont rempli leur devoir, mais non sans blâmer tous ceux qui, ayant charge de leurs propres intérêts et surtout de ceux de leurs camarades, se sont criminellement croisé les bras.

Certains d'entre eux donneront pour facile excuse qu'ils ne veulent pas de cette tarification officielle, contraire aux plus respectables droits et habitudes de notre profession ; qu'ils ne veulent que le tarif minimum régional judicieusement dressé par eux-mêmes ou leurs syndicats.

Pour nous aussi, l'idéal qu'il faut poursuivre est là, et nous l'avons prouvé dans le numéro, dit électoral, tiré à 17.000 exemplaires. Mais, en attendant, était-ce une raison pour ne pas faire parler nos Syndicats et Associations, quand l'Etat déclarait vouloir leur donner une large satisfaction ? Avait-on le droit de refuser, pour ses camarades, la reconnaissance officielle du prix minimum de la visite à 2 fr. et des conséquences qui en résultent pour les autres chiffres d'un tarif d'honoraires ?

Non, cela ne pouvait se faire sans une faute de lèse-solidarité : que ceux qui l'ont commise, après tant d'avertissements, en gardent la responsabilité pleine et entière.

En somme, votre Conseil, par celui de ses membres qui a tant lutté au Ministère du Commerce, a rempli avec succès la mission que les Assemblées générales nous avaient confiée l'année dernière. Il n'a pas dépendu de nous que le bénéfice s'en soit trouvé limité à ceux-là seuls qui ont pratiqué la maxime du *Concours* : « Aide-toi, le Ciel t'aidera ».

*
* *

La question de nos *rapports avec les mutuelles-maladie* n'a pas cessé de marcher parallèlement à la précédente depuis plusieurs années, unies qu'elles sont par la nécessité du principe de faire respecter partout la liberté de confiance de nos clients.

En 1904 et 1905, toutes nos Sociétés de défense se sont mises d'accord pour faire triompher la formule préparée par MM. Gairal, Dubuisson, Jeanne, Diverneresse, Lereboullet. Elle vous a été rappelée en novembre 1905 par Diverneresse, et vous nous avez chargés d'en poursuivre l'adoption. A cet effet, le journal a recueilli et publié tout ce qui pouvait venir à l'appui de cette thèse et c'est elle seule que nous défendons à la commission médico-mutualiste présidée par M. Loubet, commission dont les travaux seront sans doute prochainement repris ; elle seule aussi que le numéro électoral a développée pour l'édification des sénateurs et députés appelés à reviser prochainement la loi-mutuelle, si l'on en croit l'ordre du jour du Sénat.

*
* *

La question de la *Réforme des études médicales* fut exclusivement nôtre de 1901 à 1904 : elle était seulement à l'étude. A partir de 1905, toutes les Sociétés l'ont mise à leur ordre du jour et ont abouti aux conclusions que vous aviez approuvées dans les assemblées générales précédentes.

Un incident récent, la création par décret d'un *certificat d'études soi-disant supérieures*, qui ravale le doctorat au niveau de l'ancien officiat de santé, a fait décider l'action immédiate et énergique en faveur de cette réforme devenue une nécessité urgente pour la santé publique et le prestige de notre cher diplôme.

Le Conseil a projeté de consacrer le présent numéro du journal à l'exposé de nos revendications sur ce point capital, et d'appeler l'Assemblée générale prochaine à voter à ce sujet de vigoureuses résolutions, en parfaite connaissance de cause. L'impression de toutes nos Sociétés est qu'il conviendra, en cas de résistance, de traduire par une *manifestation médicale nationale* l'irréductible volonté des praticiens et étudiants, de voir notre enseignement professionnel radicalement transformé pour répondre aux besoins actuels et futurs de l'exercice de la médecine.

*
* *

Le Congrès d'exercice illégal, dont l'idée était née ici, a tenu ses assises au printemps, et nous promet pour l'avenir d'excellents résultats. Mais, si l'on veut ne pas compromettre ceux-ci, il convient d'organiser au plus tôt, et sur des bases solides, l'*Office permanent de lutte contre l'exercice illégal*, rouage prévu pour l'application des mesures votées par le Congrès. Nous attendons, et au besoin solliciterons des propositions à soumettre à ce sujet à notre Assemblée générale, car nous sommes toujours pressés, vous ne l'ignorez pas, de voir les actes confirmer les discours et les vœux.

*
* *

C'est encore entre groupements que doit se faire, sur l'initiative de M. le Dr Smester, et sous le patronage de l'Association Générale, l'étude portant sur la possibilité d'une *loterie en faveur des détresses médicales*. Nous ne pouvons rien préjuger des résultats de cette étude, mais le Conseil a décidé d'y participer par un examen scrupuleux et sans parti pris du principe, du but, des voies et moyens. Il sera rendu compte aux membres du Concours, en temps utile, des tra-

vaux et conclusions de la Commission mixte qui se constitue à cet effet.

*
* *

Nous avons suivi d'aussi près que possible, et jusque dans les plus regrettables variantes, les *organisations départementales de la vaccination et de la désinfection*, enregistrant rapports, règlements et circulaires, qui se bornent, en somme, à des essais plus ou moins loyaux, à un provisoire qui sera longtemps revisable.

Notre action est évidemment limitée dans ce genre de créations départementales. N'empêche que ceux de nos sociétaires qui voudront bien, à l'exemple de nos correspondants, prendre d'utiles initiatives, peuvent assurer aux administrations locales le bénéfice de notre excellent vaccin, qui a fait ses preuves depuis quinze ans, et du Fumigator qui, mieux que tout autre désinfectant, remplit les desiderata de l'hygiène mise en pratique. Les Syndicats, les Sociétés locales, les Bureaux d'hygiène, trouveront d'ailleurs dans les colonnes du journal toutes indications précieuses sur la constitution même des services, organisation à laquelle ils doivent demander de collaborer, s'ils veulent s'éviter ensuite d'avoir à protester *trop tard* contre de regrettables faits accomplis.

Nous ne pouvons avoir la prétention d'examiner ici tous les sujets sur lesquels votre Conseil a eu à s'entendre avec l'ensemble des Sociétés médicales : nous nous bornons aux plus importantes.

Disons seulement qu'il a prêté l'appui du journal, de la caisse, de la propagande, à tout ce qu'il lui fut demandé pour la défense professionnelle. Et il se félicite de plus en plus des conséquences de cet accord permanent pour la protection des intérêts généraux.

II. *Action particulière du Concours Médical.*

Sur notre propre domaine il convient de citer d'abord les résultats acquis par nos dévoués *correspondants* luttant pour la solidarité contre l'égoïsme, la routine et l'indifférence.

Nous sommes avertis qu'ils viendront nombreux à notre Assemblée générale, ce qui, soit dit en passant, prouve une fois de plus leur zèle. Eh bien, nous convions tous nos sociétaires à féliciter, fêter et remercier ces courageux apôtres qui ont fait partout leur devoir, gagnant de nombreux adhérents à toutes nos causes les plus chères, suggérant à nous mêmes d'heureuses idées et prenant, quand il le fallait, les meilleures initiatives.

Contrôleurs pour l'*Amicale-maladie*, enquêteurs ou arbitres au nom du «Sou médical», propagateurs du *Journal* et du « Patronage », traits d'union avec les Syndicats et Sociétés, ils ont, partout et sans cesse, marché en éclaireurs habiles et infatigables. A eux d'abord l'honneur des progrès de cette année dans toutes les branches de notre activité.

*
* *

Aux *œuvres de prévoyance*, filles du « Concours» le Conseil a donné, comme par le passé, des soins assidus. L'inventaire sexennal de l'Amicale-maladie, l'importante augmentation du recrutement de la Caisse des pensions par la porte C. de l'Amicale, la solidarité cordiale des rapports de ces deux œuvres avec l'Association générale des médecins de France, sont des faits qui en disent plus que toutes paroles sur la sécurité acquise pour l'avenir. L'ardente propagande du journal, de nos correspondants, de toutes les Sociétés amies, peut-être aussi le malheur des temps, suffiront désormais au recrutement de la clientèle des prévoyants que le «Concours» appela les premiers sous son drapeau.

*
* *

Beaucoup plus ardue est la tâche qui nous incombe quand il s'agit de faire donner au « Patronage médical » tous résultats qu'on a le droit d'en attendre.

Certes, en voyant l'esprit qui préside à la direction de cette belle œuvre de protection mutuelle, les hésitants de la première heure n'ont pas renouvelé l'expression de leurs chimériques craintes : trois années de pratique sont d'ailleurs là pour prouver que les scrupules étaient sans fondement.

Mais, il est un encouragement pourtant nécessaire qui trop souvent nous fait défaut. Là, comme ailleurs, nos confrères comptent trop sur le Conseil-Providence pour faire leurs propres affaires.

Il faudrait dire au malade : « Vous ferez ceci, vous prendrez cela, parce que je n'ai pas mieux à vous indiquer » : or, on préfère s'incliner devant son caprice, discuter et céder par l'éternelle peur de ceci ou de cela, et... en somme, on manque à son devoir de médecin et de membre du « Patronage ».

Il faudrait dire au pharmacien qui sort de son rôle : « Cher ami, je tiens à prescrire cela parce « que je suis sûr des résultats que mon patient en « obtiendra : si vous refusez de fournir j'enver- « rai chercher ailleurs ». Et on ne le fait pas, et on se lamente près de nous, qui ne saurions pourtant aller chez les clients ou dans les officines faire de l'énergie pour ceux qui n'en ont pas.

Devant la nécessité de s'expliquer sur ces causes de malentendus entre les Sociétaires et le Conseil, celui-ci a décidé de profiter des réunions de novembre prochain pour consacrer au Patronage médical une Assemblée générale qu'on renouvellera tous les ans. La présence des correspondants nous y sera précieuse.

*
* *

Devant la preuve d'inertie des médecins et même de beaucoup de Syndicats appelés à faire valoir leurs droits dans la question honoraires pour soins aux victimes du travail, la Fédération des Syndicats médicaux du Sud-Est, aussitôt suivie par celle du Nord et du Pas-de-Calais, pensa, au début de cette année, qu'il y avait lieu de *refondre notre organisation syndicale* et de l'établir sur un plan méthodiquement et géographiquement dressé. Nos confrères, cherchant à remédier à des lacunes par nous-mêmes signalées, notre concours leur était acquis de plein droit.

Au projet très explicite sorti de la plume du Dr Bolliet (de Lyon) membre du « Concours Médical », nous avons donc donné notre appui par la publicité du journal et même par notre action personnelle dans les régions où nous exerçons. Nous ne pouvons qu'engager nos Sociétaires à collaborer à ce mouvement, mais en leur signalant la nécessité de ne rien détruire avant d'avoir assuré le rouage de remplacement et, notamment, de conserver à Paris une indispensable Union, centralisatrice de cotisations suffisantes, de moyens d'action, de délégués assistant à tou-

tes les séances et familiarisés avec les habitudes de constante vigilance et d'immédiate intervention à cette heure exigées par la défense syndicale. Ces précautions statutairement prises, il nous semble que l'organisation des Fédérations régionales peut et doit être génératrice de nouveaux groupements, régulatrice des efforts isolés, auxiliaire utile, par conséquent, de l'Union actuelle, et, à ces divers titres, encouragée sans réserve. C'est ce que nous avons fait.

***

L'incroyable préjudice mutuel que se causent médecins et pharmaciens quand ils deviennent frères ennemis, ce qui est malheureusement trop fréquent, nous avait conduits les années dernières à entrer en conversation avec les Associations pharmaceutiques pour étudier les moyens d'éteindre ou restreindre ces inimitiés, nées souvent d'idées préconçues et de routine. Comme gage de notre désir de sauvegarde commune, nous apportâmes, nous médecins, aux Associations pharmaceutiques, l'occasion et le moyen de passer par les portes que nous avions forcées pour entrer en discussion utile avec les responsables de la loi-accidents et les dignitaires de la Mutualité.

Il en résulta bien pour nous quelques difficultés de plus, provenant de l'étonnement que causait cette solidarisation spontanée, mais nous tînmes bon et la profession sœur en a utilement profité.

Or, des conversations et échanges de vues datant de cette époque, nous est né, au premier janvier 1906, un frère qui a notre nom de famille et s'appelle le *Concours Pharmaceutique*. Comme il a mis en tête de son programme « l'accord entre médecins et pharmaciens », vous pensez bien que nous ne lui avons pas ménagé nos souhaits de bienvenue.

Aujourd'hui, nous sommes heureux de vous annoncer que cet organe et sa Société comptent déjà plus de huit cents membres. C'est là un noyau de précurseurs qui fera certainement son œuvre à l'exemple du « Concours Médical », son aîné, et avec lui du moins nous sommes certains de pouvoir causer, comme l'a déjà fait M. le Dr Gassot, de toutes les questions qui divisent surtout parce que, figés dans la routine, on ne les étudie pas à fond.

***

Si, parlant à des confrères qui ne liraient le journal qu'une fois par an, nous avions à nous préoccuper ici de faire une revue absolument complète, il nous faudrait mentionner encore tout ce que nous avons étudié ou entrepris par le vaillant « Sou Médical ». Mais il nous en coûterait trop de déflorer le rapport du dévoué confrère de Grissac, qui sera d'ailleurs plus explicite et mieux compris que les résumés seuls à leur place dans ce défilé.

Fermons donc celui-ci en donnant rendez-vous à nos camarades à l'Assemblée générale du 18 novembre. Mais, afin de ne garder pour ce jour-là aucune note sombre, on nous permettra de clore aujourd'hui l'année par l'hommage ému à la mémoire du regretté Dr Georges Dupont, qui rendit tant et de si bons services au Conseil de Direction, dans son trop court passage au Bureau de la rue de Dunkerque. Tous ceux qu'il y avait reçus et renseignés avec son amabilité et sa confraternelle bonhomie, nous ont chargés de formuler l'expression de leurs regrets : nous le ferons en disant que ceux-ci n'égaleront jamais les nôtres.

Le Conseil de Direction.

Rapport financier de la Société civile du « Concours Médical ».

Capital inaliénable.

RECETTES.

Au 1er octobre 1905, le compte capital inaliénable se décomposait comme suit :		
Portefeuille...........	50.132 97	
Espèces.................	367 49	50.500 46
Pendant le cours de l'exercice, il a été vendu :		
4 actions de la Société de la Maison de Santé.......	400 »	
En outre, 1/4 d'obligation Ville de Paris 1898 numéro 538.282 est sorti au tirage pour être remboursé.................	123 81	523 81
(Prix d'achat 105 fr.)		
Ce qui a modifié de la façon suivante l'avoir non disponible :		
Portefeuille.....................		49.627 97
Espèces.........................		891 30
Total................		50.519 27
Depuis le 1er octobre dernier, l'administration du « Concours Médical » a versé dans notre caisse le produit de 50 abonnements représentant le droit d'entrée des nouveaux membres................		490 »
Total...................		51.009 27

(Dont 1.381 fr. 30, espèces).

DÉPENSES.

Sur cette somme, il a été acheté :		
1° 4 actions de la Financière Médicale nos 275, 2079, 1255 et 122.........	240 »	
2° 2 Bons à lots de l'Exposition de 1889, nos 1.095.426 et 500 052.......	15 »	
3° 2 obligations foncières 1885, nos 198.561 et 457.211.................	959 »	
4° 1/5 d'obligation foncière 1885, n° 961.518....	100 »	1.314 »
Notre capital inaliénable au 1er octobre 1906 est donc de :		
Portefeuille..........	50.941 97	
Espèces..............	67 30	51.009 27

En augmentation de 508 fr. 81 sur l'exercice précédent.

Capital disponible.

RECETTES.

Au 1er octobre 1905, l'avoir disponible était de......................	2.918 83
Depuis cette époque, les intérêts de notre portefeuille ont produit....	4.454 14
Nous avons reçu dans le cours de l'année en dons annoncés au journal	233 75
Les droits perçus sur les remplacements, déduction faite des frais occasionnés par ce service ont été de.	509 80
Total..................	8.116 52

DÉPENSES.

Frais supplémentaires du banquet de 1905	1.411 90
Indemnités payées aux correspondants ayant assisté à l'assemblée générale	990 »
Frais de réunion et déplacements	794 85
Indemnité au comptable	50 »
Payé à l'Enregistrement pour droits sur les intérêts	10 60
Frais d'envoi de documents aux correspondants	8 60
Affranchissement de l'envoi de brochures des œuvres du *Concours*, à titre de propagande	211 70
Participation aux frais de la Commission du Tarif-accidents	325 92
Payé pour travaux occasionnés par la révision du tarif-accidents	100 »
Factures Daix : 3030 brochures des Œuvres du *Concours*	670 »
Factures Daix : 500 brochures de la Réforme des Etudes médicales	410 65
Factures Daix : 1000 statuts	38 60
Factures Daix : plaquette pour les syndicats	40 »
Participation aux frais supplémentaires occasionnés par le numéro électoral	326 03
Déplacement pour enquête à Amiens et frais de réunion à Aix-les-Bains	68 »
Souscription à l'hommage au Pr Trolard, d'Alger	20 20
Participation aux frais d'envoi d'un numéro spécial aux magistrats	30 12
Remboursement aux correspondants pour frais de propagande	50 25
Droits de garde, timbre, divers et frais de transferts d'actions	23 80
Frais de courtage pour achat de valeurs	1 85
Cotisation au Comité permanent du congrès des accidents du travail	10 10
Participation à l'envoi de la circulaire Vigne	100 50
Cotisation à l'Association corporative des étudiants	20 »
Total	5.713 67
Les recettes étant de	8.116 52
Balance en faveur de l'actif	2.402 85

Ce qui porte l'avoir total de notre Société au 1er octobre 1906 :

Capital inaliénable		51.009 27
Capital disponible		2.402 85
Total		53.412 12
Savoir :		
Portefeuille	50.941 97	
Espèces	2.470 15	53.412 12

Caisse de prévoyance des assurés sur la vie.

Au 1er octobre 1905, la situation était :

Portefeuille	14.607 55
Espèces	1.129 50
Total	15.737 05

RECETTES.

Au 1er octobre 1905, l'avoir en caisse était de	1.129 50
Les intérêts du portefeuille se sont élevés à	1.186 78
Total	2.316 28

DÉPENSES.

Achat de 2 obligations foncières 1883, nos 342.113 et 1.223.881 à 454 fr. 14		908 24
1 oblig. foncière 1885, no 837.401		479 50
4/5 d'obligations foncières 1885 nos 930.153, 946.507 à 98 f. 62	197 24	397 24
nos 964.982 et 966.068, à 100 fr.	200 »	
Frais d'achat des titres ci-dessus		4 17
Droits de garde des valeurs à la Société générale		11 10
Total		1 800 25
Les recettes étant de		2.316 28
Balance en faveur de l'actif		516 03

Au 1er octobre 1906, l'avoir de la Société se décompose donc comme suit :

Portefeuille	16.392 53
Espèces à la Société générale	516 03
Total	16.908 56

En augmentation de 1171,51 sur l'exercice précédent.

Paris, le 6 octobre 1906.

Le Trésorier, Dr A. MAURAT.

Rapport de la Rédaction

Chers confrères,

Ne serait-il pas fastidieux pour vous de relire ici encore une fois que le *Concours* est un journal composé de tant de pages, de telles rubriques, d'articles scientifiques, d'articles professionnels, etc ? Vous le savez, parbleu, bien.

Mieux vaut, n'est-ce pas, que le Rédacteur en chef paye devant vous son tribut annuel d'éloges et de remerciements à la petite phalange de collaborateurs dévoués et distingués qui donnent à l'organe de notre grande société son inimitable caractère de *Guide du praticien* ?

La note personnelle, par eux fournie, est si juste et si précieuse, que pas une semaine ne s'écoule sans que l'un d'eux au moins n'ait la satisfaction de se voir reproduit par ceux des journaux français ou étrangers qui trouvent plus d'enseignements dans la clinique et la pratique quotidienne, que dans les communications savantes, si souvent aventurées ou faites pour prendre date, quand elles n'ont pas pour but une réclame quelconque.

Est-ce à dire que MM. Huguenin, Lacroix, Paul Petit, Duchesne, Courgey, etc. soient, de parti pris, défiants à l'égard des innovations ? En aucune façon. Mais ils sont avisés, en garde contre l'enthousiasme des inventeurs ; ils n'admettent pas les généralisations hâtives ; ils n'oublient jamais que leurs lecteurs seraient, à bon droit, récalcitrants, quand il s'agirait de faire, dans leurs clientèles de médecins de famille, des essais hasardeux et, par conséquent, dangereux.

Parfois M. le Dr LACROIX est bien obligé de rapporter, dans la soixantaine de cliniques recueillies chaque année, les idées systématiques de certains

Maîtres, qui mettent trop volontiers la médecine en aphorismes et en dogmes. Il étendra même son reportage désormais dans les Sociétés savantes, de telle façon que nous ayons notre bulletin de celles-ci, comme nous avons celui des Sociétés d'intérêt professionnel. Mais. on peut être certain que le jour où une trouvaille, une acquisition réelle sera présentée comme telle dans le journal, c'est que nos amis l'auront personnellement jugée ainsi, sans s'être préoccupés d'être les premiers à la signaler. L'actualité est dans nos devoirs de journalistes, mais en thérapeutique pas trop n'en faut.

Même préoccupation chez notre distingué collègue, le Dr Paul Petit, qui ne manque pas une occasion de mettre au point les questions de gynécologie pratique qu'il possède merveilleusement.

Le Dr Paul Huguenin, dans des articles très condensés, s'efforce de fournir à nos lecteurs les renseignements les plus précis sur le diagnostic et la thérapeutique moderne ; quelques titres de ses articles de cette année montreront le véritable esprit qui les domine : Le chlorure de sodium en thérapeutique ; Le dépistage de la tuberculose pulmonaire ; Le sang-froid en clinique et en thérapeutique ; Anesthésie générale par la scopolamine-morphine ; Tuberculose et appendicite. Depuis quelques semaines, il a entrepris de traiter le vaste sujet des médications des affections chroniques, afin de fournir aux praticiens l'arsenal des moyens à mettre en œuvre pour améliorer les chroniques et conserver leur confiance.

Nos lecteurs sauront gré aux Drs Léon Leriche, Angelby, Bayrac, Jouaust, Viaud, etc., des détails si précis qu'ils leur ont donné sur les cures aux Eaux-Bonnes, à Châtel-Guyon, à la mer. Plusieurs articles ont été consacrés à des spécialités indispensables à connaître pour les praticiens : les rétrécissements de l'urèthre, l'œil brightique, le sarcome mélanique de la choroïde. Enfin, notre dévoué collaborateur, le Dr Georges, a continué l'analyse des publications allemandes les plus intéressantes au point de vue pratique ; nous ne saurions trop le remercier de son dévouement.

Même gratitude à nos fidèles maîtres MM. Broca, S. Baudry (de Lille), Trousseau, Desnos, etc. qui savent si bien ce qu'il faut écrire pour le praticien.

Mais, si le *Concours médical* veut devenir au point de vue clinique ce qu'il doit être de par son titre, et ce qu'il est du côté des intérêts professionnels, il faut que chacun de ses membres s'astreigne à lui adresser tout ce qui fût pour lui-même, une leçon dans la pratique et le peut devenir pour les autres. Il nous reste à prendre encore de ce côté des habitudes de solidarité, d'enseignement mutuel par l'observation, par l'anecdote, pour ainsi dire. Cela frappe, cela plait, cela se retient ; ce qu'on apprend ainsi, nous en savons tous quelque chose par les récits que nous échangeons dans nos rencontres et réunions professionnelles. Ah ! si nos lecteurs veulent bien se décider à nous écrire tout cela, voyez quelle mine de renseignements, de faits instructifs, nos rédacteurs auraient à dépouiller, chacun en ce qui concerne sa spécialité.

Vous devez cela, chers confrères, à votre excellent organe de solidarité : nous ne cesserons pas de vous le rappeler, et nous remercions, en attendant, les dévoués qui ont compris cette obligation : tels MM. Tissot, Lemaître et une douzaine d'autres.

* * *

Faut-il maintenant parler de la partie professionnelle du journal ?

Ce sera seulement pour vous dire que de ce côté les événements nous mènent et que les changements s'opèrent d'eux-mêmes.

Cézilly, à ses débuts, dut s'assurer la collaboration régulière de quelques fidèles, les Mignen, les Gassot, les Barat-Dulaurier, les Geffroy, et tutti quanti, chargeant chacun de mettre au point telles ou telles questions. Aujourd'hui, ces excellents maîtres se trouvent avoir formé par tout le pays de très nombreux et excellents élèves, qui font école à leur tour en chaque région, enseignant par les journaux à leur portée, par les bulletins de leurs syndicats, par leurs communications aux Assemblées médicales. Si bien que nos colonnes ne suffisent pas toujours à reproduire, pour tous, ces leçons régionales et que pourtant nous avons le devoir de leur faire faire du chemin, de les discuter, de les commenter.

D'autre part, chaque semaine nous apporte des lettres de sociétaires qui contiennent d'intéressantes idées, des vues dont on doit s'entretenir. C'est la vie intense de notre Société qui se manifeste ainsi et taquine les indifférences de la masse : nous nous garderions bien de la condamner au silence. Il suffit, après tout, que nous gardions un petit coin de tribune quand surgit pour le Conseil l'obligation de mettre lui-même les choses au point.

Ne disions-nous pas, tout à l'heure, que le *Concours* devait être, même au point de vue scientifique, la résultante de tous les efforts individuels de ses membres ?

C'est ce que la Rédaction ne perd jamais de vue et les résultats sont chaque année plus éloquents pour prouver que la voie suivie est bonne, est même la bonne, puisqu'elle est approuvée de tous.

La Rédaction.

LA LUTTE POUR LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Le moment est venu pour nos lecteurs de relire aux procès-verbaux de nos Assemblées générales de 1902, 1903, 1904, 1905, les rapports et vœux relatif à la *Réforme des Études médicales*. Fidèles à notre programme de Société d'Etudes, à son rôle de précurseur, nous n'avons cessé d'agiter depuis 5 ans le monde médical par la constatation des déplorables résultats donnés par la réorganisation des études de 1895. Praticiens, étudiants, professeurs, ont ici fait amplement cette constatation par des lettres, des articles, des interviews, que notre très dévoué collaborateur le Dr Lacroix, secrétaire de la Rédaction, a rapprochés, commentés et mis au point, en une brochure adressée l'année dernière aux groupements médicaux, aux Conseils Universitaires, au Ministre de l'Instruction publique, à l'Association corporative des Etudiants, aux rapporteurs des budgets de l'Instruction publique, à nos confrères et amis du Parlement, etc. D'autres collaborateurs ou amis du Concours, notamment M. le Dr Gouffier, MM. Lepage, Legendre, Broca, ont brillamment porté la question, à diverses reprises, dans la presse médicale, dans le milieu enseignant, dans les Con-

seils des Facultés, au cours des années où nous la tenions à l'étude.

Au commencement de 1905, la récolte se mit à pousser tout d'un coup, drue, serrée, vigoureuse, à la suite d'un orage du Quartier Latin qui, on s'en souvient, devant la Faculté fermée, mit debout l'Association Corporative des Etudiants en médecine de Paris. En même temps, la grande presse, le Parlement, entendaient l'écho de la campagne qui débutait dans l'action. MM. Berthod, Millon, Leredde, y entraînaient l'Union des Syndicats médicaux, les Sociétés d'arrondissement, l'Association générale des médecins de France. Tous ces groupements réunis se rendaient, il y a quelques mois, près du Ministre de l'Instruction publique et lui demandaient la constitution d'une Commission composée mi-partie d'enseignants et d'enseignés qui serait chargée de préparer la *Réforme profonde* reconnue indispensable, surtout dans l'intérêt de la santé publique.

On attendait la réponse de M. Briand, quand, le 26 juillet 1906, parut pour toute réforme, une création de Certificat d'études médicales SUPÉRIEURES qui allait droit à l'encontre de nos vœux et soulevait dans nos rangs la plus grosse émotion. Le *Concours Médical* a été des premiers à la signaler et à la traduire.

A toutes nos Sociétés il a paru aussitôt que ce nouveau danger imposait sans retard une manifestation générale de protestation, mais surtout une action énergique en faveur des revendications d'ensemble déjà portées au Ministre.

Sur l'initiative du Syndicat médical de Lille, de l'Union des Syndicats, du Conseil général des Sociétés d'arrondissement de Paris, de l'Association générale des médecins de France, du Concours Médical, du Sou médical, de la Fédération du Sud-Est, du Syndicat du Finistère, de l'Association corporative des Etudiants de Paris, etc., dont les représentants se trouvèrent réunis le 11 octobre à l'Hôtel des Sociétés savantes, le programme ci-dessous vient d'être adopté pour cette campagne d'action énergique.

1° Nouvelle démarche près de M. le Ministre de l'Instruction publique pour en appeler à M. Briand mieux informé ;

2° Interpellations préparées par le Groupe médical parlementaire ;

3° Campagne dans la presse médicale et extra-médicale ;

4° Affiches au public l'avertissant des dangers que lui font courir les Etudes médicales actuelles;

5° Organisation de Conférences publiques, de meetings, où seraient conviés de préférence étudiants et médecins ;

6° Enfin, préparation d'une *Assemblée nationale* de délégués de tous les Praticiens et Etudiants de France, chargée d'affirmer la volonté générale de notre Corps médical d'aujourd'hui et de demain.

Ces décisions n'ont pas, comme les sceptiques pourront le penser ou du moins le dire, un caractère platonique. En effet, les initiateurs en ont préparé déjà la chronologie et maints détails d'exécution ; et la meilleure preuve en est qu'allant du premier coup jusqu'à la plus lointaine, c'est-à-dire l'organisation de l'*Assemblée nationale médicale*, ils ont provoqué, de la part des groupements représentés, la constitution d'un Comité provisoire de préparation formé de deux délégués de chacun, auxquels se joindront les délégués des autres Sociétés qui adhéreront à la campagne.

M. le Dr Julien Noir, Secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, 46, rue de la Clef, a été désigné pour recevoir les noms de ces délégués de demain, et provoquer, d'accord avec M. le Dr Dubuisson, député du Finistère et médecin à Châteauneuf-du-Faou, les premières séances de ce Comité.

A ce mouvement, qui ne cessera que le jour où satisfaction sera obtenue, il faut la participation de chaque praticien syndiqué ou isolé. Et afin d'éclairer celle-ci plus encore que nous n'avons pu le faire jusqu'à cette heure, nous prions instamment les médecins de lire attentivement les deux documents ci-dessous. Ils verront alors nettement le but poursuivi par tous ceux, quels qu'ils soient, qui ont examiné la situation en s'inspirant : 1° de l'intérêt général de la santé publique; 2° de la réputation scientifique du Corps médical français, 3° de l'avenir de la profession médicale.

I

La réforme des études médicales (1).

La question de la réforme des études médicales s'impose de nouveau à notre attention ; il semble nécessaire que l'Union des Syndicats médicaux de France s'en occupe maintenant de la manière la plus active. Nous ignorons les projets du Ministère de l'Instruction publique ; nous avons vu seulement paraître un décret instituant un certificat d'études médicales supérieures, décret qui a déjà soulevé des protestations dans la Presse et le corps médical et a paru contraire aux intérêts légitimes de celui-ci. Laissons-les de côté pour le moment, et mettons-nous à un point de vue exclusivement pédagogique : l'institution de ce certificat aurait pour but de remédier à certains vices de l'agrégation des Facultés de médecine ; elle apportera peut-être une amélioration dans le recrutement des agrégés, elle ne peut être considérée véritablement comme une réforme de l'enseignement médical. Car il ne s'agit pas de perfectionner le mécanisme actuel avant de connaître la nature de ce mécanisme, et de savoir s'il n'est pas nécessaire de le transformer et d'en substituer un autre.

Il faut répéter que la question de la réforme des études médicales est grave, et intéresse tous les médecins, tous les étudiants en médecine et même tout le monde, puisque les intérêts de la santé publique sont en jeu. La question est même importante à un autre point de vue; il ne peut être indifférent à personne que, dans un domaine où nous exercions autrefois une suprématie indiscutée, l'organisation de l'Etat puisse être accusée de contribuer à notre décadence.

L'intérêt que prennent les Syndicats médicaux à l'étude des réformes ne peut être inspiré par des vues égoïstes ; il ne s'agit pas, pour nous, comme quelques personnes semblent le croire, de faire limiter, sous un prétexte plus ou moins détourné, le nombre des futurs médecins, et je connais beaucoup de nos confrères qui protesteraient contre des tendances inspirées par un protectionnisme étroit. Mais nous avons le droit de dire aux pouvoirs publics que l'enseignement actuel est mauvais, que les étudiants souffrent de ses vices trop évidents et que le médecin ne peut apprendre aujourd'hui les notions nécessaires à l'exercice de sa profession. Nous ajouterons qu'il est de l'intérêt du pays de remédier à cet état de choses et que le corps médical doit être entendu, s'il demande à collaborer à une réforme urgente, à apporter des idées nouvelles et fécondes. Les médecins ne peuvent avoir qu'un

(1) M. le Dr LEREDDE a lu ce rapport au Conseil d'administration de l'Union dans la réunion de septembre.

Société va faire une loterie à propos de préparation de la Salle Borel ou sale Borel

LE PROTIODE

Le protiode est un nouveau composé iodé organique présentant les caractéristiques suivantes :

1° L'iode, dans le protiode, est fixé sur le petit groupement moléculaire entrant dans la constitution du protoplasma cellulaire. Il représente la combinaison iodo-albuminoïde définie *la plus chargée en iode* (55 %) que théoriquement il soit possible actuellement de réaliser.

2° Le protiode est un corps stable, cristallisé, incolore et inodore, très soluble dans l'eau.

3° Il n'est pas toxique. Contrairement à l'iodure, il s'élimine lentement, permettant ainsi de tenir l'organisme continuellement imprégné de doses thérapeutiques incapables de produire des effets nocifs, et d'obtenir une médication intensive avec un minimum de dose.

4° Il ne provoque pas d'iodisme. Les doses thérapeutiques de protiode absorbées dans un peu d'eau ou de boisson habituelle, vin, bière, etc. *n'ont aucun mauvais goût* et se décèlent à peine.

5° Il agit aussi énergiquement que l'iodure avec, en moins, les effets secondaires nocifs de ce dernier. Ses indications sont celles de l'iodure et des iodiques en général.

6° Il est commercialement présenté sous forme de gouttes glycéro-aqueuses concentrées, incolores et inodores. Chaque goutte, du compte-goutte accompagnant le flacon, représente un centigramme de protiode.

Administrer 15 à 20 gouttes deux ou trois fois par jour aux repas.

7° Le prix du protiode en fait un médicament à la portée de tous, la dose moyenne journalière revenant à 0 fr. 20 centimes environ.

Les inconvénients de l'iodure sont universellement connus : iodisme et goût en font un médicament que la majorité des malades supporte difficilement.

Les médicaments proposés comme succédanés ne sont pas eux-mêmes sans reproches. Les peptones iodées et les huiles iodées, pour ne citer que les derniers venus, sont : les premières instables et très pauvres en iode, les secondes d'un maniement difficile.

Elles ne constituent pas, au reste, des corps chimiquement définis, leur teneur en iode variant considérablement selon leurs auteurs.

Genèse du protiode. — Les récents travaux d'Em. Fischer sur la constitution des matières protéiques ont servi de base à d'autres recherches. Fischer a établi que tous les acides amidés qui entrent dans la constitution des matières protéiques forment l'axe même de leur molécule. Il a de plus déterminé leur mécanisme d'assemblage et établi leur formule générale qui est la suivante :

$$R-\underset{\displaystyle AzH^2}{\underset{|}{CH}}-CO^2H$$

Or le plus simple de ces corps est celui dans lequel R=H, c'est-à-dire celui qui répond à la formule suivante :

$$\underset{\displaystyle AzH^2}{\underset{|}{CH^2}}-CO^2H$$

Ce corps existe précisément, c'est la glycine. Cet acide amidé représente le plus petit groupement moléculaire entrant dans la constitution des matières protéiques. C'est donc celui qui sera susceptible de fixer le plus haut pourcentage d'iode.

Nous basant sur ce qui précède, nous avons fixé l'iode sur ce corps.

Nous préparons le dérivé iodoéthylique de la glycine et c'est ainsi que nous obtenons le protiode ou iodoéthylglycine qui répond à la formule :

$$C^4H^{10}O^2IAz$$

On voit que le poids moléculaire de ce corps est égal à 231. Le poids moléculaire de l'iode y entrant pour 127, il en résulte que le protiode contient exactement 54.98 % d'iode combiné à l'état organique sous lequel les cellules sont le plus aptes à l'absorber.

Propriétés physiques du protiode. — Ce corps se présente sous la forme de gros cristaux transparents, inodores, très solubles dans l'eau et dans l'alcool, presque insolubles dans l'éther.

Etude Physiologique

Nous résumons ci-dessous les points saillants de l'étude physiologique du protiode :

Toxicité. — Nulle aux doses thérapeutiques.

Elimination. — Le protiode commence à s'éliminer quinze minutes après son absorption. L'élimination atteint son maximum 12 à 15 heures après et se poursuit jusqu'au septième et neuvième jour. L'iode s'élimine sous forme d'iodure minéral. L'élimination n'est pas accompagnée d'hypersécrétion glandulaire.

Action sur la digestion. — Le protiode n'exerce aucune action nuisible, ni sur la digestion pepsique, ni sur la digestion pancréatique.

Action sur la circulation et sur la pression sanguine. — On sait que l'iodure produit tout d'abord une élévation de pression avec accélération du cœur (*phase de l'alcali*). — Ce n'est qu'après une heure ou deux que la pression descend lentement et de façon continue (*phase de l'iode*). — Avec l'abaissement de pression survient la vaso-dilatation, ces deux phénomènes étant la caractéristique de l'action de l'iode.

Avec le protiode, ainsi que le prouvent les tracés, la première phase de l'alcali n'existe pas, seule se produit nettement la deuxième, la phase de l'iode, la seule utile.

Action sur le cœur. — Le protiode n'exerce aucune action sur les contractions cardiaques. La forme du tracé reste la même après l'injection et l'énergie ventriculaire ne varie pas non plus ; seul, le nombre des battements cardiaques diminue de fréquence, conséquence de la vaso-dilatation périphérique.

Action sur la nutrition générale. — Le protiode comme l'iodure, provoque dans les premiers jours qui suivent son administration une fonte de l'albumine se traduisant par une excrétion exagérée de l'urée et de l'azote total. Au bout de 12 à 14 jours, les choses reviennent en état et l'excrétion reparaît normale.

Les chlorures suivent à peu près la même loi. Quant à l'élimination de l'acide phosphorique, le protiode, contrairement à ce que fait l'iodure, n'exerce sur elle aucune influence et ce fait prouve que notre médicament respecte les éléments nobles des cellules : lécithines, nucléines, etc.

En résumé : augmentation des échanges et de la désassimilation qui porte particulièrement sur la molécule albumineuse.

Action spécifique sur le tissu lymphoïde. — Le protiode augmente très nettement le nombre de globules blancs, principalement des mononucléaires. Il possède une action spécifique sur le tissu lymphoïde dont l'activité se trouve énergiquement stimulée dans le sens de la mononucléose, réaction de défense de l'organisme.

Indications. — Le protiode a les mêmes indications que tous les iodures.

Le protiode se trouve dès maintenant dans le commerce chez les droguistes et commissionnaires en spécialités pharmaceutiques.

Prescrire :

Protiode Grémy, un flacon.

Le prix du flacon est de 5 francs. La dose journalière revient à environ 0,20 centimes.

Il n'existe qu'une seule forme pharmaceutique : Gouttes concentrées.

Voir ci-dessus les doses et mode d'administration.

La vente du protiode est réglementée. Les pharmaciens conservent un bénéfice obligatoire de 20 pour cent.

Malassez

grec du Caucase

Ticiotij faisait voir une lettre amoureuse aux passants de la rue de l'Ecole

Malassez

but collectif : accroître le prestige et la compétence du corps médical.

Que reprochent les étudiants et les médecins à notre enseignement médical ? C'est qu'il n'est ni pratique, ni professionnel. Sorti de l'Ecole, le médecin s'aperçoit qu'il n'a pas appris bien des choses qui lui serviraient tous les jours dans l'exercice de sa profession, et voici que pendant son séjour à l'Ecole, l'étudiant en médecine prend peu à peu conscience de la mauvaise direction de ses études, et s'aperçoit qu'elle pèsera sur tout son avenir.

Nos Facultés veulent donner et imposer, un enseignement scientifique, elles croient développer l'esprit scientifique et la valeur mentale du médecin en inscrivant sur les programmes et en imposant par les examens la connaissance de toutes les sciences, à l'exception des seules sciences mathématiques ; la volonté de l'étudiant se lasse, on lui demande trop, on ne lui laisse pas le temps de chercher par lui-même, dans un laboratoire ou ailleurs. Et les professeurs savent et répètent que les étudiants ne savent rien, sans comprendre pourquoi. Nos Facultés veulent organiser un enseignement pratique, elles ne peuvent le faire — au bout du compte, l'étudiant ne peut recevoir l'éducation clinique et thérapeutique qu'il recevait au temps où les programmes étaient moins perfectionnés. La pratique médicale s'est enrichie et compliquée, le médecin de campagne devrait connaître, outre la médecine générale, la chirurgie d'urgence et les éléments de toutes les spécialités — or, son instruction pratique n'est même plus, ne peut plus être, ce qu'elle était autrefois.

Je ne sais ce qu'est l'esprit scientifique, que l'on veut développer chez le médecin. L'esprit scientifique n'est autre que l'esprit logique, appliqué à la recherche dans l'ordre des sciences. Je ne sais si la manière dont on enseigne celles-ci dans les Facultés de médecine contribue au développement de l'esprit logique et excite beaucoup l'ardeur des jeunes à la recherche scientifique, j'aurais même bien des raisons d'en douter.

***

Lorsque nous avons entendu parler des réformes de l'enseignement médical, à la suite des plaintes des étudiants, nous avons tous compris qu'on voudrait enfin remédier aux vices de l'enseignement pratique, et qu'on chercherait avant tout à mettre l'étudiant plus en contact avec les malades. Nous avons pensé qu'une réforme ne saurait avoir d'autre but que de lui donner des moyens de travail comparables à ceux dont disposent ceux qui sont aujourd'hui les privilégiés, parce qu'ils vivent pendant des années à l'hôpital, je veux parler des internes des hôpitaux Si les médecins étaient consultés en matière de réforme de l'enseignement médical, des voix nombreuses s'élèveraient pour demander que l'hôpital devienne un centre d'enseignement, dans l'intérêt des futurs médecins comme dans l'intérêt bien entendu des malades. C'est, par exemple, l'opinion qui s'est dégagée des discussions de la Société médico-chirurgicale où, sur l'initiative de notre ami Berthod, ces questions ont été l'objet d'une étude approfondie.

Mais à toute réforme véritable, réellement utile aux étudiants en médecine, à toute réforme propice au développement de leur formation *technique*, s'opposent des obstacles formidables, il importe de les connaître.

L'Union des Syndicats médicaux de France a fait appel au ministre, et lui a demandé de faire étudier la réforme des études médicales par une Commission comprenant des professeurs des Facultés de Médecine, et des médecins, des praticiens — nous espérons que le ministre accueillera cette demande : il l'a déjà prise en considération et a paru comprendre les raisons qui nous faisaient agir. Mais nous devons prévoir l'opposition qu'il rencontrera autour de lui. Il faut bien se rendre compte qu'un ministre, fût-il homme d'intelligence supérieure, est isolé dans un ministère, et ne peut toujours être éclairé au mieux par ceux qui l'entourent, surtout s'il trouve autour de lui des hommes éminents, dont la volonté de puissance est considérable, et qui n'agissent, de toute évidence, pour aucune raison personnelle. Mais ces hommes se trompent, et il convient de le leur dire.

L'état d'esprit d'un certain nombre de professeurs de nos Facultés, des maîtres les plus éminents, met obstacle aux vœux qui seraient évidemment ceux du corps médical. Peut-être les problèmes de l'enseignement médical ne leur ont-ils jamais été exposés d'une manière assez claire, et n'ont-ils pas assez réfléchi à ce que le médecin doit savoir pour exercer sa profession. Sans doute devrait-il tout savoir, connaître dans tous ses détails l'univers des sciences biologiques, physiques et chimiques : nous ne devons pas oublier, toutefois, que la vie est courte, que l'étudiant consacre quelques années seulement à ses études, et qu'une saine pédagogie doit chercher à faire de lui non un encyclopédiste, mais un homme qui sait bien ce qu'il a appris, qui y a réfléchi, qui a pensé, qui a pu s'intéresser à ce qu'il apprenait — un homme —, non un dictionnaire ou une table des matières, comme le serait l'étudiant qui répondrait à toutes les questions posées aux examens actuels. J'ai entendu un jour un biologiste de génie expliquer, dans une conférence sur le spirochète de Schaudinn, que Schaudinn était un biologiste dont la vie avait été consacrée à l'étude des spirilles, et protester, à cette occasion, contre la tendance qu'auraient certains médecins à vouloir réduire l'importance des études biologiques en médecine. La critique, venant d'un savant aussi illustre que M. Metchnikoff, valait la peine qu'on y réfléchît ! Et toute opinion, émanée d'un tel homme, sera toujours prise en profonde considération. Mais si M. Metchnikoff se trompe sur la direction à donner aux études médicales, quel mal son opinion ne peut-elle pas faire ?

Les membres du Conseil Supérieur de l'Instruction publique, philosophes, hommes de science, ne peuvent admettre qu'on réduise les connaissances de l'étudiant en sciences biologiques et accuseraient aisément, en quoi ils auraient tort, les médecins de vouloir le faire ! De même ils n'admettront pas qu'on réduise (1) ses connaissances dans les sciences dites accessoires. Ils l'accusent déjà de ne pas en avoir assez, et, s'ils sont conviés à faire des réformes, ils ne restreindront pas les programmes, et n'allègeront pas la matière des examens. Il est même probable que les programmes s'allongeront et que les examens deviendront plus chargés !

Malheureusement, les membres du Conseil supérieur s'imaginent qu'il suffit de pousser, sous la menace des examens, l'étudiant à apprendre plus complètement — ce qui ne veut pas dire mieux — un certain nombre de sciences, pour en faire un meilleur médecin. Pour eux l'homme qui sait la physiologie, l'anatomie et l'histologie, et qui apprend la pathologie à la Faculté, est un médecin — ils semblent croire qu'on apprend la *médecine* dans les Facultés — j'ai le regret de le dire, ils ignorent ce qu'est un médecin. Il n'y a pas au Conseil supérieur un de nos confrères faisant ou ayant fait de la médecine, comme la font quatre-vingt-dix-neuf sur cent d'entre nous en France, pour les renseigner. Il importe, il est même nécessaire que le médecin connaisse anatomie, physiologie et histologie, sans parler d'autres sciences. Mais il n'est ni un anatomiste, ni un physiologiste, ni un histologiste, et si l'étudiant a été dirigé de manière que l'enseignement des sciences nécessaires au médecin, mais qui ne constituent pas toute la médecine, ait absorbé ses forces les meilleures, son temps et sa

(1) Réduire les connaissances ! Il s'agit pour l'homme de bien savoir et non de tout savoir. L'homme qui sait tout lors d'un examen, dix ans après, ne sait plus rien, car le tout a changé. L'homme qui sait bien n'est pas un livre, mais un cerveau fécondé et fertile.

pensée, l'ait empêché d'apprendre ce qui est essentiel et fera précisément de lui un médecin, la direction qu'il aura suivie sera mauvaise, le mécanisme de l'enseignement sera mauvais, il conviendra de le transformer et non de le perfectionner, il faudra sortir d'une voie mauvaise où on s'est engagé, et qui deviendra plus dangereuse, si on s'y obstine.

Mal avertis, non informés, les membres du Conseil ne peuvent comprendre des récriminations qu'ils jugent injustes. Ils croient que les étudiants se plaignent parce qu'ils sont des paresseux et ne veulent pas faire l'effort qu'on leur demande. Ils croiront demain que, si les médecins réclament une réforme de l'enseignement médical dans un sens pratique et professionnel, c'est que ces médecins veulent diminuer, sous prétexte de réformes, le nombre de leurs futurs confrères. Ils nous accuseront au lieu de vouloir comprendre.

Des erreurs de bonne foi, commises par des hommes de bonne foi, dont les intentions ne peuvent être suspectées, sont la cause des malentendus actuels — et mettent obstacle à toute réforme réelle — malentendus qui s'aggraveront peut-être...

***

Le médecin n'est ni un biologiste, ni un anatomiste, ni un physiologiste, c'est... un médecin. Un homme d'action, non un homme de science. Il ne vit pas dans un laboratoire, ni dans une bibliothèque, il vit au contact de la souffrance humaine — il doit être un homme, au sens le plus complet du mot — pour la comprendre et la soulager; il doit connaître la maladie, la reconnaître, la traiter et la guérir. Tel est son rôle et il n'en est pas de plus noble, tel est son métier. Ouvrier, homme de tâche quotidienne, pénible souvent, imparfaite toujours. Près du malade, il doit décider et agir.

De même l'ingénieur n'est ni un mathématicien, ni un professeur de physique ou de chimie, c'est aussi un homme d'action. Médecin, ingénieur, sont des hommes techniques, des professionnels. Une éducation *technique* est à la base de leur métier, ils valent pour le corps social dans la mesure où elle a été complète.

Où se fait l'éducation technique du médecin ? Sans doute, chacun de nous, au cours de la vie professionnelle, pourra perfectionner ses connaissances, mais il ne pourra le faire que si elles existent déjà, et personne n'admettrait que le médecin, au moment où il commence à exercer son métier, n'ait pas reçu cette éducation technique, ne connaisse pas ce métier, et l'apprenne aux dépens de ses malades ! Ceci se produira cependant si nos maîtres n'y prennent garde.

Cette éducation ne se fait, ne peut se faire qu'à l'hôpital. Elle ne vaudra rien, si l'étudiant a entendu seulement les leçons des plus illustres maîtres. Elle sera excellente, s'il a vu des malades, s'il les a interrogés, examinés, étudiés, s'il a eu le temps de rester à leur contact, d'y réfléchir à ses heures de repos, s'il a fécondé son observation personnelle par ses lectures, si son esprit a animé et rendu vivant le texte des livres. Elle sera meilleure encore s'il a eu une certaine responsabilité dans un service, et parfaite, s'il a cherché, pour mieux comprendre, pour être mieux armé, à pénétrer les sciences, dont l'étude du malade forme la base. Ainsi se forme le médecin, celui qui sera utile à ses malades, dont la valeur professionnelle s'imposera, et qui sera armé pour réussir.

Cette éducation technique : l'étudiant en médecine peut-il de nos jours la recevoir ! Tout est fait pour l'en détourner. N'oublions pas, n'est-ce-pas, qu'à l'hôpital, c'est l'effort personnel qui compte; si, sous prétexte d'examens, de programmes et de concours, on détourne l'attention de l'étudiant, si on absorbe son temps, pourra-t-il trouver lui-même la voie qu'il doit suivre ? Et s'il passe ses examens, pour obéir aux programmes officiels, ne pourra-t-il arriver à la thèse sans avoir fait cet effort nécessaire, effort considérable, m'ont dit ceux d'entre nous qui sont les meilleurs médecins que je connaisse.

Pour que l'étudiant fasse cet effort, il doit trouver des services où l'on travaille, où l'on examine de près les malades, où le chef de service s'intéresse à lui, lui demande des observations, des services où l'on sera peu nombreux, où il sera connu, où il y aura même quelque intimité.

***

Nous arrivons au second obstacle qui s'oppose à toute réforme féconde. Nos facultés de médecine ne se désintéressent pas de l'éducation clinique du médecin. Il existe des professeurs de clinique, et l'étudiant peut entendre, avec cinquante ou cent autres, une leçon faite par un maître éminent sur un malade déterminé. Il existe des professeurs de clinique chirurgicale, et l'étudiant sera admis à assister à telle ou telle opération difficile. Et comme nos Facultés font et veulent développer l'enseignement des branches de la médecine spéciale, cinquante, cent étudiants seront admis dans des services où l'on soignera des maladies des yeux, de la peau!

Tel est l'enseignement pratique des Facultés et elles ne peuvent en donner d'autre. Le personnel, au moins à Paris, est restreint, et les étudiants y sont des milliers. Où est dans tout cela l'éducation technique, celle dont nous parlions tout à l'heure ? Personne ne la voit. Il existait autrefois un stage hospitalier ; les élèves qui voulaient travailler allaient dans le service qui leur convenait, où ils étaient accueillis, dont le chef aidait leur travail personnel. Les résultats n'étaient pas parfaits bien entendu. On a parlé de faire mieux, et on a fait si bien que maintenant les stagiaires sont divisés dans quelques services où on ne les connaît pas, où ils sont nombreux, où l'on parle, certainement plus et mieux que dans les services où ils fréquentaient jadis. Parler, faire parler, faire passer des examens, voilà ce que peut notre enseignement. L'étudiant tourne à droite, tourne à gauche, suivant la volonté des programmes et des règlements. Mais il y a une direction qu'il ne trouve pas, c'est la sienne propre. L'effort libre, l'effort personnel du cerveau qui s'ouvre et s'acharne, ce qui fera la valeur propre d'un homme, voilà ce qu'on gène. L'étudiant veut marcher, on lui met des lisières, puis on se plaint qu'il ne veuille rien faire.

Je ne veux pas traiter ici de la réforme des études médicales. Elle a pour conditon nécessaire la réforme de l'hôpital, le perfectionnement du milieu où naturellement le futur médecin forme sa pensée, apprend à observer et à agir. Elle exige que l'enseignement des sciences, en dehors de deux ou trois indispensables, se propose à lui, s'offre à lui et ne lui soit pas imposé. Elle veut que nos Facultés deviennent des milieux de travail libre et non de travail forcé. Elle exige que l'on ait l'intelligence, dans les Conseils où est organisée notre éducation, de toutes les conditions qu'elle requiert, de la mesure avec laquelle on doit gouverner les cerveaux des jeunes gens, que l'on y connaisse le métier qu'ils veulent apprendre, et à quelles conditions on peut l'apprendre. Et si ces Conseils, formés d'hommes dont presque tous sont des hommes supérieurs, mais tout de même qui ont trop vécu dans des milieux fermés, trop exclusifs, j'oserais presque dire des milieux étroits, négligent de connaître toutes les conditions de la vie réelle, ne faut-il pas désirer dans ces Conseils la présence, à leurs côtés, d'hommes moins éminents peut-être, mais qui ne seront pas exclusivement des professeurs et des savants ?

Nous avons perdu en France la prépondérance que nous exercions autrefois au point de vue médical. Ce qui fait la suprématie de l'Allemagne, c'est l'organisation admirable de ses services hospitaliers, le nombre des assistants qui existent partout, dans toutes les villes, et qui travaillent dans les conditions que j'indiquais tout à l'heure, responsables et libres — non pas la perfection plus grande des programmes et des examens, non pas le plus grand soin donné à l'enseignement de la physiologie et des autres sciences biologiques, c'est aussi

et il faut le dire, le libre accès ouvert aux bonnes volontés dans les Facultés, le privat docentisme. Dans un pays où l'on travaille partout, où tout effort sera encouragé, où toute bonne volonté sera accueillie, où seront réunies les meilleures conditions nécessaires à la formation de la pensée médicale, on trouvera, à côté de bons médecins, des physiologistes, des bactériologistes et des biologistes, des hommes de recherches et de découvertes, plus peut-être qu'ailleurs.

Du reste, la question des réformes est posée en France ; si difficile soit-elle, quelque temps qu'il faille pour la résoudre, elle devra être résolue comme l'exige le simple bon sens. Les étudiants en médecine ont compris et comprendront de mieux en mieux ce qu'ils ont le droit de réclamer : dans l'intérêt de leur vie tout entière, ils veulent être médecins, apprendre leur métier et c'est un droit qu'on ne saurait leur refuser. Notre devoir est de les aider, notre intérêt bien compris est d'appuyer leurs demandes et de les faire aboutir. Dr LEREDDE.

II

1er CONGRÈS INTERNATIONAL DES ÉTUDIANTS.

La réforme des études médicales à Paris.

Rapport présenté par le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine.

Camarades,

Depuis longtemps déjà on avait pensé à une réorganisation des études médicales : la Faculté fut souvent critiquée et avec elle l'enseignement officiel. Mais c'est surtout depuis 1905 que la question se pose avec le plus de précision.

A propos d'un incident qui sembla banal, la Faculté fut fermée le 4 avril 1905 — et cela, bien qu'en réalité l'incident ne fût pas tel qu'il nécessitât cette mesure extrême. Mais, par affiches, l'Association corporative avait annoncé à cette époque un meeting d'étudiants — d'étudiants voulant affirmer leurs vœux et leurs besoins.

Cet acte parut révolutionnaire et il eut quelque influence sans doute sur les mesures prises en ce temps-là.

C'était la première fois, en effet, que les étudiants émettaient la prétention de s'occuper un peu de leurs intérêts et déjà ils s'attaquaient au bloc autoritaire et entendaient se servir d'un conflit partiel pour entamer toute la question de la *réforme des études médicales*.

L'A. C. engagea la campagne dans son organe officiel, et saisit la presse médicale et politique. La campagne devint générale. Les syndicats médicaux, les sociétés médicales diverses, agitèrent la question. L'Union des syndicats médicaux nomma une commission d'études. Le ministre lui-même s'émut et décida de consulter les Conseils de Faculté.

Bref, la question de la réforme des études médicales fut posée dans toute son ampleur devant le monde médical et devant l'opinion publique tout entière.

L'Association corporative est heureuse de pouvoir aujourd'hui vous exposer les motifs qui lui font critiquer et repousser l'organisation actuelle de l'enseignement médical et de vous donner en ses grandes lignes un plan succinct de la réorganisation qu'elle poursuit.

Critique de l'Organisation actuelle.

Le dernier régime, le nouveau régime de 1895, créa le P. C. N. et répartit les études médicales en 4 années, exigeant 16 inscriptions :

1re année. — Anatomie, physiologie, histologie. (Pas d'examen).

2e année. — Anatomie, physiologie, histologie, physique et chimie. (Stage, 6 mois).

Examen : mars, anatomie. (1er doctorat).

3e année. — TRAVAUX PRATIQUES : Anatomie pathologique, chimie, parasitologie, médecine opératoire (stage, 6 mois). Octobre : examen 2e doctorat Ph. C. H. N.

4e année. — STAGE : Accouchements (3 mois).
» » Spécialités (3 mois).

4e année. — EXAMEN : 3e doctorat (octobre, mars).
» » 4e doctorat (juillet).
» » 5e doctorat (octobre et décembre), thèse.

Le P. C. N. fut créé, remplaçant l'ancien baccalauréat restreint pour donner à l'étudiant une culture générale assez complète et aussi comme barrière à la pléthore médicale. L'enseignement du P. C. N. fut confié à la Faculté des sciences, c'est-à-dire qu'il ne fut aucunement question de faire un enseignement sur les sujets se rapportant plus spécialement à la médecine. Cela fut si peu dans l'esprit des réformateurs que l'enseignement des sciences appliquées à la médecine fut laissé à la faculté de médecine et reparut au programme de 2e et 3e années.

Au P. C. N. on fit de la zoologie en général, sans s'attacher plus longuement aux parasites de l'homme; de la chimie, sans s'occuper plus spécialement de la chimie organique et biologique ; de la physique, sans étudier plus l'optique ou l'électricité que la dilatation du fer. C'était évidemment faire double emploi, perte de temps pour l'étudiant, perte d'argent pour la Faculté.

Après l'examen du P. C. N., l'élève passe à la Faculté de Médecine où il reçoit un enseignement pratique et théorique.

De l'enseignement pratique de l'Anatomie nous ne dirons rien, sinon qu'il souffre du manque de concurrence. L'Histologie s'apprend en 1re année, l'Anatomie pathologique en 3me année. Il n'existe pas de relations entre ces deux parties.

L'enseignement de la Physiologie est absolument incomplet. Il comprend en tout quelques conférences pratiques (8 ou 10) insignifiantes (où on fait mourir au curare des cobayes et des lapins) et 7 ou 8 autres où toutes les expériences sont faites par le préparateur devant 25 à 30 élèves. Aucun étudiant n'expérimente directement ; c'est-à-dire qu'on voit de loin la Physiologie. Saigner un chien devant 20 élèves et constater la quantité de sang de l'animal constitue une expérience évidemment peu instructive. Nous pouvons dire que l'enseignement de la Physiologie est absolument insuffisant. La Physiologie compte peu ; du reste, sa sanction réside dans le 1/3 d'un examen. Elle tient moins de place que la Physique, la Chimie et l'Histoire Naturelle. Les sciences accessoires ont un enseignement en 2me et 3me années. C'est seulement en 3me année que l'étudiant sait qu'il existe des tœnias, qu'il peut entendre parler, très peu, des microbes, *c'est-à-dire des procédés de culture en général*, car il n'existe pas à l'Ecole de Médecine de Paris d'*Enseignement de la Bactériologie*.

Et cependant, l'étudiant doit aller dans les hôpitaux, il doit faire son stage et ne doit pas ignorer l'infection et les microbes.

Et le stage est la chose la plus importante de la médecine. L'étudiant est tenu à 2 fois 6 mois de stage et 2 fois 3 mois (accouchement 3 mois et spécialités 3 mois).

Il faut donc, à Paris, 6 mois seulement pour apprendre la Pathologie externe et 3 mois pour apprendre les maladies des enfants, du nez, du larynx, des yeux, des voies urinaires, de la peau, les maladies nerveuses, etc... nous n'insistons pas, c'est inutile. Il est malheureux de penser qu'un tel enseignement a pu durer aussi longtemps. Il est impossible d'apprendre en si peu de temps la pratique médicale, même dans les meilleures conditions — ce qui n'est pas. Le stagiaire dépend de la Faculté, les Hôpitaux de l'Assistance publique.

L'Assistance publique tolère l'enseignement médical. Continuellement il y a tiraillement et plaintes. Et cela s'explique: on répartit les stagiaires non pas dans tous les services ni même dans tous les hôpitaux de Paris, mais dans certains services de certains hôpitaux du centre.

Ici, 20 élèves pour examiner un malade. C'est insensé. Ils ne l'examinent pas, le plus souvent; si le malade est un malade aigu, quand le chef de service, le chef de clinique, l'interne et l'externe l'ont examiné, cela suffit largement et le stagiaire ne peut l'examiner. Il est juste même que l'Assistance publique réclame si on va plus loin.

Les stagiaires ne sont aucunement utiles dans les services en général, ils sont encombrants. Et, de plus, comme ils sont abandonnés à eux-mêmes (interne et externe n'étant pas là pour enseigner), même si leur nombre n'était pas exagéré, ils ne pourraient s'instruire effectivement ; on a oublié les professeurs.

Donc, d'une part, insuffisance de durée, répartition telle qu'elle gêne le service des Hôpitaux. Insuffisance absolue de l'enseignement. Il n'y en a pas dans les hôpitaux, à part quelques chefs de clinique du personnel enseignant.

L'A. P. tolère un enseignement que la Faculté néglige. Conditions évidemment exceptionnelles pour apprendre la médecine.

Quant à l'enseignement pratique de la thérapeutique, il n'existe pas, sauf pour quelques-uns assez fortunés pour le payer. Il n'est pas obligatoire. C'est un luxe évidemment.

L'enseignement théorique ne compte pas ou compte peu, de l'aveu même des professeurs chargés de le faire. Il semble du reste illogique de parler médecine sans malades. On fait quelques cours à la Faculté, parce que cela est obligatoire. Les cours s'adressent à tous, c'est-à-dire à personne, et les heures sont si bien combinées que, jusqu'en 3e année, obligatoirement appelé aux travaux pratiques, l'étudiant ne pourrait, s'il le voulait, se rendre au cours.

Aucune méthode donc. Des chaires de professeurs et quelques cours pour les excuser.

Seul, un enseignement, sur lequel nous reviendrons, est fait, et, précisément, il se fait hors de la Faculté. Nous voulons parler de l'enseignement de la médecine légale à la Morgue.

C'est donc la désorganisation complète. Enseignement pratique, ou nul, ou insuffisant, ou incomplet, mais toujours donné sans aucune méthode.

Enseignement théorique qu'on ne peut suivre, et inutile, du reste, de l'avis même des professeurs qui sont chargés de le donner.

Causes de la désorganisation actuelle.

Si nous recherchons les causes de cette lamentable organisation, nous sommes d'abord frappés de ce fait qu'une Faculté, la plus considérable de France, où les études sont relativement coûteuses, qui dispose de tant de ressources en argent et en hommes, qu'une Faculté comme Paris produise si peu au point de vue scientifique et enseigne aussi peu. Depuis quelques années, il est vrai, on a laissé aux Universités une certaine autonomie. L'Etat les a rendues libres, elles ont leurs ressources, leurs dépenses, leur budget propre. Les Facultés s'administrent elles-mêmes.

Faut-il pour une part incriminer ce système ?

Les Facultés privées de l'appui du gouvernement ne pourraient équilibrer leur budget ?

Evidemment, l'Etat se désintéresse un peu des Universités et de l'Enseignement supérieur en général.

Evidemment, les Universités allemandes ont des revenus beaucoup plus considérables. Si nous nous reportons à la statistique donnée par M. Lot (1), nous voyons que le budget des Universités allemandes était, en 1903, de 26 millions (part de l'Etat), plus différents revenus de différents Etats de l'Allemagne, plus quelques revenus propres à chaque Faculté, le tout donnant un total de 37 millions, alors qu'en France, la même année, l'Enseignement supérieur ne recevait de l'Etat que 16 millions qui, joints à quelques revenus propres à différentes Facultés, formaient un budget total de 21 millions.

(1) Ferd. Lot : *Cahiers de la Quinzaine* (janv. 1906).

Il y a là une grosse différence peu à notre avantage. Mais si on considère la part de chaque Université, on constate que, sur 21.000.000, total du budget de l'Enseignement supérieur en France, l'Université de Paris à elle seule en absorbe la moitié, soit 10.000.000.

Paris ne peut donc se plaindre de manquer de fonds. Et cela est si vrai que non seulement le budget de l'Université de Paris est en équilibre, mais qu'aussi chaque année M. le Recteur se félicite d'ajouter quelques centaines de mille francs aux économies déjà faites les années précédentes.

M. le Recteur se félicite d'avoir été bon administrateur, parce qu'il a fait des économies et cependant certains laboratoires de l'Ecole de Médecine n'ont pas les subsides nécessaires. Certains laboratoires organisent des conférences payantes pour pouvoir vivre, simplement vivre. Ce fait n'est nié par personne. Comment peut-il se concilier avec cet autre fait : la richesse relative de l'Université de Paris ? Tout simplement parce que les fonds sont mal répartis ; parce que si quelques-uns n'ont rien, les autres s'attribuent tout. Le laboratoire de physique et chimie, par exemple, possède un budget de 40 à 50.000 francs et le laboratoire de bactériologie 2 ou 3.000.

Il y a là mauvaise répartition plutôt que dénuement, et si la France devrait être, à l'exemple de l'Allemagne, plus généreuse pour son enseignement supérieur, il ne résulte pas moins des faits précédents que le manque d'argent ne peut être une excuse ou même un prétexte à la mauvaise organisation de l'enseignement à Paris.

Principale cause. — Critique de la Faculté.

La principale cause de la désorganisation est, d'après nous, dans la Faculté même, dans la conception de la Faculté.

La Faculté est un organisme bien défini, chargée, *seule* dans l'Etat de la fonction d'enseigner. La Faculté, matériellement, est un monument dans lequel on a réuni, centralisé, tout l'enseignement supérieur. C'est un monument et une personne morale, avec son histoire, ses traditions.

La Faculté *possède le monopole de l'Enseignement.* Elle est, en somme, une Eglise fermée et dogmatique comme toutes les Eglises et autoritaire comme elles. En dehors d'elle, point de salut. L'enseignement supérieur est son domaine qu'elle garde de façon jalouse et sur lequel elle n'admet pas qu'on empiète. Faculté de Médecine, elle seule peut enseigner la médecine qui n'existerait pas sans la Faculté. Et si cette conception de la Faculté est mauvaise par son étroitesse et son exclusivisme, elle est d'autant plus mauvaise qu'elle s'applique à une branche comme la Médecine.

Napoléon, dit M. Leredde (Interview de la *Revue de Déontologie*), créa toutes les Facultés sur le même modèle, le cadre fut le même, de même que l'esprit. Or, s'il est déjà bizarre de centraliser dans un monument l'enseignement des Lettres par exemple ou du Droit ; s'il est déjà dangereux de prendre le monopole de l'enseignement de ces parties, excluant la concurrence, il est beaucoup plus dangereux encore d'appliquer cette conception à la Médecine.

L'enseignement du droit romain est limité. Il reste le même, seul varie un peu le nombre des étudiants et il est possible, matériellement au moins, de centraliser l'enseignement du Droit. Mais émettre cette pensée au point de vue médical semble un contre-sens. Est-ce que la médecine n'est pas naturellement là où il y a des éléments, auprès des malades, à l'hôpital d'abord ? De plus, les sciences médicales font chaque jour des progrès. Chaque jour, l'enseignement est à compléter, chaque jour apporte une acquisition nouvelle et nécessite la création d'un enseignement nouveau.

Hier, c'était la bactériologie, les applications des méthodes expérimentales, les acquisitions à la thérapeutique des agents physiques ; c'étaient les rayons X et la radiothérapie.

C'est pourquoi, *vouloir réunir dans une école, dans un monument* **supposé immuable**, *tout l'enseignement de la médecine, est un rêve*. La Faculté de médecine actuelle souffre donc *matériellement* de la conception napoléonnienne. Aujourd'hui, l'immense bâtiment de l'école est insuffisant, l'espace manque et c'est l'excuse que donnent si facilement les autorités pour ne pas généraliser à tous les étudiants un enseignement d'une incontestable utilité, l'enseignement de la thérapeutique appliquée et de la matière médicale.

Créer une Faculté plus grande ?... Mais alors il faudrait une ville entière et de l'argent en quantité telle que le budget du pays n'y suffirait pas.

Le monument Faculté, personne physique, contribue donc à tuer l'enseignement médical. Mais cette conception de l'enseignement en un seul endroit est la conséquence de la conception de la Faculté, personne morale et autoritaire, de la Faculté « sacrée » qui seule peut et doit enseigner, dont les maîtres sont les seuls maîtres.

Le professeur, toqué comme il convient (le mot est de M. Berthod) est l'expression la plus belle de la Faculté. Il a la prestance d'un officiant, il est indiscuté ; il distribue, au nom de l'Etat, l'aliment sain de l'esprit : le même toujours, suivant l'habitude, la règle, la tradition. Il a le seul privilège d'enseigner et alors, pour lui conserver son prestige, avant de l'investir de la robe, on a dû l'examiner, le choisir, *alors on a créé le concours pour l'obtention du privilège*.

Le concours est la conséquence obligatoire de la faculté actuelle, le concours de haut en bas de l'échelle ; comme il est obligatoire du reste tous les fois qu'existe un monopole. Et la Faculté a bien le monopole de l'enseignement. En effet, s'il est permis de faire des cours payants, cet enseignement est ignoré officiellement et ne saurait dispenser de l'enseignement de l'école quand il s'agit d'études régulières.

Les cours payants, leçons particulières de médecine, n'ont pas plus d'importance pour la Faculté que les leçons particulières de l'enseignement secondaire. — C'est un luxe — rien de plus — cela n'est pas l'enseignement libre. Et si l'Etat a semblé se départir un instant de cette conception — ce ne fut que feinte — ce fut pour autoriser un enseignement aussi autoritaire, aussi dogmatique, plus dogmatique peut-être encore.

L'Etat a permis en effet l'établissement des Facultés catholiques et protestantes. Or, si on peut discuter au point de vue politique la liberté de l'enseignement, en ce qui concerne l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire, on ne discute plus maintenant sur la nécessité de la liberté absolue de l'enseignement supérieur.

Le monopole tue la concurrence — et de la concurrence naissent les réformes et le progrès. Ce qui est vrai partout l'est davantage encore au point de vue strictement médical.

Le concours tue la production scientifique (F. Lot). Le candidat s'entraîne à apprendre des leçons, à les répéter, à devenir un véritable dictionnaire. Il assimile, mais ne crée pas. Il ne peut se livrer à aucun travail personnel important pendant toute la durée de la préparation aux concours et, en médecine, le concours commence à 20 ans pour se terminer en moyenne à 35 ans.

C'est donc pendant 15 ans qu'on immobilise les volontés, qu'on stérilise les esprits, qu'on fatigue les initiatives.

A 35 ans, après 15 ans d'un travail incessant, après avoir plié son esprit à une discipline absorbante, l'homme est fatigué et ne produit pas, ou produit peu. Il ne donne pas sa mesure. Et cependant le professeur devrait être le producteur par excellence, le savant ; lui seul, a le temps de travailler. Ce n'est pas au praticien que l'on peut demander des recherches scientifiques personnelles en plus de son dur labeur quotidien.

Et c'est ce qui explique la pauvreté scientifique des 50 dernières années dans la Médecine française.

Si la science française a fait quelques progrès, c'est grâce à ceux qui n'ont pas suivi la voie exténuante des concours, à ceux qui sont à côté de la Faculté, mais en dehors d'elle. A l'étranger, on connaît l'Institut Pasteur, on ignore la Faculté de médecine. Et il est malheureux de dire que si le concours développe un mécanisme banal et tue l'esprit scientifique, il crée aussi un état d'esprit spécial, satisfait, rétrograde. C'est de la Faculté que viennent toutes résistances aux découvertes nouvelles puisque ces découvertes ne viennent pas d'Elle... et que dans son esprit elle seule... sait ! Qu'on ne vienne surtout pas dire que si la production scientifique diminue avec le système actuel, l'enseignement y gagne. Qu'on ne prétende pas que le professeur de concours est mieux adapté à l'enseignement. Cela serait peut-être vrai si le professeur créé par la Faculté l'était en vue d'un enseignement bien déterminé — mais cela n'est pas. L'agrégé doit pouvoir enseigner tout. Agrégé de médecine, il doit pouvoir enseigner toute la médecine. Aujourd'hui, les maladies du cœur, demain les maladies du poumon, après-demain les maladies infectieuses. Et fréquemment il arrive que si un agrégé a pu se spécialiser dans une partie au point de vue professionnel, ce n'est précisément pas sur cette partie que la Faculté lui imposera son enseignement. *Car l'agrégé n'est pas libre d'enseigner. Il est une machine à enseigner aux ordres de la Faculté*. Et puis l'intérêt de l'agrégé, du professeur de concours, qui n'a pas de chaire n'est pas plus grand à enseigner que ne l'est l'intérêt du professeur. L'un et l'autre ont ou auront des élèves, puisque les élèves n'ont pas le choix. Ils sont donc tranquilles et la pédagogie les intéresse fort peu. Actuellement, la fonction essentielle *du professeur n'est pas d'enseigner, ce n'est pas à la fonction que le concurrent s'attache, mais au titre, parce que le titre* lui sert en clientèle et que l'enseignement n'est qu'un moyen d'arriver à ce but. L'intérêt immédiat du professeur lui commande cette façon d'agir et du reste la Faculté l'y oblige, car le titre est la monnaie de la Faculté ; monnaie en échange de laquelle l'agrégé est pendant neuf ans à la disposition de la Faculté... Si l'agrégé s'est abstenu de faire de la clientèle, comment vivra-t-il ? Qui sera dupe au bout du temps légal ? La conception de la Faculté aboutit donc à des résultats incohérents. Si elle ne peut centraliser l'enseignement au point de vue matériel, elle crée des concours, *et par eux des professeurs pour ne pas enseigner*, des professeurs qu'elle ne veut pas payer — **elle crée surtout des titres**. Et cependant cette conception de la Faculté a vécu jusqu'à ce jour et presque inattaquée, — peut-être parce qu'en France on aime la hiérarchie, les titres, etc., crainte du changement — des initiatives, par esprit conservateur.

Si jusqu'ici la Faculté a persisté, c'est qu'en effet elle concordait assez avec l'état de la société, qui souffre encore de l'autocratie de l'Etat, qui est écrasée des chaînes napoléonniennes. L'organisation centralisatrice d'une société se répercute dans tous les organismes de cette société et il est logique que Napoléon ait créé la Faculté actuelle. Il ne pouvait pas en créer d'autre. Et la preuve est que l'Etat qui vient de donner l'autonomie administrative et budgétaire aux Universités, autonomie qui devait être le réveil, la rénovation, voit les Universités dans l'impossibilité de se défaire de l'esprit ancien ; la Faculté hésite parce qu'elle n'est pas préparée à la liberté, *elle est un organisme oppresseur et autoritaire*.

Non seulement l'autonomie n'a donné lieu à aucune initiative de la part de la Faculté de médecine, mais elle arrive au contraire *à rendre plus oppressive encore la façon d'enseigner de la Faculté libérée dans l'Etat. La Faculté est donc un organisme vieilli qu'on ne peut rajeunir*. C'est un édifice qu'on répare d'un côté et qui faiblit de l'autre ; les fondations ne sont plus solides, le sol a cédé.

La Faculté napoléonienne centralisatrice, dans un état napoléonien centralisé, ne s'est pas modifiée, alors que d'autres organismes de l'Etat se sont modifiés et

ont persisté. Et elle ne s'est pas modifiée, parce que, comme nous l'avons montré tout à l'heure, elle ne *pouvait pas se modifier, s'adapter à une société en voie de progrès et de liberté sans cesser d'être la Faculté.*

En 1895, on a cru avoir résolu la question et avoir créé une organisation stable. On a simplement ajouté un peu plus de travail au démolisseur. Et voilà qu'aujourd'hui encore, après notre campagne, on s'arrête à quelques mesures de surface. Comme si le certificat d'études supérieures devait réussir là où le P. C. N. a échoué.

Et vraiment il est regrettable d'assister à de pareils errements. L'étranger depuis longtemps nous a donné l'exemple. L'Allemagne a fait, au point de vue scientifique, un pas gigantesque, grâce à une organisation, à un enseignement fondé sur un principe entièrement opposé au nôtre. La liberté de l'enseignement a depuis longtemps remplacé le monopole. Qu'attend-on pour créer la concurrence, le désir du mieux, le progrès ? Qu'attend-on pour créer le professeur libre dans la Faculté libre ? Qu'attend-on pour avouer qu'il est impossible de centraliser l'enseignement médical, parce naturellement l'enseignement de la Médecine doit être fait où il y a des malades, c'est-à-dire des éléments ? Qu'attend-on pour enseigner la Médecine dans les laboratoires, dans les Cliniques, dans les Hôpitaux, laissant à la *Faculté immatérielle le soin de réunir en un faisceau solide les résultats*, de se créer une histoire brillante par les faits nouveaux scientifiques dont elle aura hâté la découverte et dont le souvenir restera derrière elle plus puissant et plus glorieux que le souvenir des traditions bizarres de toges et de bonnets carrés !

Et si les coups portés à la Faculté n'ont pu encore l'abattre, bientôt elle croulera, nous l'espérons.

Et après cette œuvre de démolition proche, nous devons tenter de construire un nouvel édifice ne présentant pas peut-être la façade et l'architecture d'autrefois, mais plus pratique et plus solide.

Réorganisation.

Et d'abord l'enseignement de la Médecine doit être pratique, appuyé cependant sur une solide base scientifique. Il doit être pratique parce qu'on ne peut prolonger trop la durée des études. Si actuellement 4 années 1/2 sont réglementaires, il conviendrait, d'après nous, d'ajouter une année à ce temps, en ne comptant pas le P. C. N. bien entendu.

Pourquoi en effet ne pas conserver le P. C. N., à condition qu'il ne soit pas éliminatoire et n'ait pas la portée d'un concours ?

La pléthore médicale, avons-nous dit ailleurs, est un fait social et n'a rien à voir avec la facilité plus ou moins grande des études médicales.

Le P. C. N. doit avoir un double but :

1° Instruction générale scientifique.

2° Etude plus spéciale des sciences dites accessoires, dont nous n'avons jamais nié l'utilité. Et nous entendons par étude des sciences accessoires l'étude plus particulière, dans un cours général, des notions pouvant s'appliquer à la Médecine. C'est au P. C. N. qu'on apprendrait, à propos de l'enseignement général de la Zoologie, les parasites de l'homme ; à propos de la Botanique, plus spécialement les microbes. C'est là aussi que l'élève se familiariserait avec la technique bactériologique, la technique des analyses chimiques et la thérapeutique des agents physiques (Electricité, Radiothérapie). L'examen de fin d'année montrerait que l'Elève a bien acquis les notions scientifiques qu'il devait acquérir et rien de plus.

A la suite de cet examen, l'élève commencerait la Médecine proprement dite.

L'Hôpital.

Dès son début dans la Médecine, l'élève est attaché à un hôpital. C'est là qu'est pour lui la base de l'Enseignement. C'est là qu'il apprendra l'Histologie normale et pathologique, qu'il s'appliquera à la Bactériologie. C'est là qu'il étudiera la matière médicale et la Pharmacologie. En somme, sauf l'Anatomie, la Physiologie, la Pathologie générale, dont l'enseignement pourra être fait, soit dans les locaux de la Faculté, soit dans des salles privées, tout l'enseignement sera donné à l'hôpital.

L'élève fera à l'hôpital de la Clinique et tout ce qui intéresse le malade : examen, procédés cliniques d'examen, de diagnostic clinique, bactériologique, électricité ; Thérapeutique appliquée, c'est-à-dire Pharmacologie, Electrothérapie, Radiothérapie, applications des notions scientifiques acquis au P. C. N.

Cette conception de l'hôpital centre d'enseignement est peu discutée. C'est la conception adoptée dans certaines cliniques, notamment dans la clinique de l'Hôtel-Dieu, chez le professeur Dieulafoy. (*V. interview du professeur Dieulafoy, Revue de Déontol.*, 1905).

On apprend dans les services du maître les applications à la Clinique de tous les procédés de laboratoire et, à côté du chef de Clinique, il y a des assistants spécialisés pour l'électricité, la peau, l'examen rhinologique. C'est un début très net dans la voie nouvelle. C'est une tentative vouée cependant à un échec, étant donnée l'organisation actuelle. Pour que cet enseignement soit possible, en effet, il faut que l'élève occupe une autre place que le stagiaire actuel. Ce qui fait que le stage actuel manque d'efficacité, c'est l'isolement du stagiaire, sa qualité. Le stagiaire vient seulement pour apprendre ; à l'Hôpital il est hors cadre. Il n'aide pas et gêne le service qu'on a organisé sans lui.

Le stagiaire doit être utile au malade, il doit faire partie des cadres. Le stagiaire doit être auprès du malade d'Hôpital, comme le médecin auprès d'un malade de sa clientèle,

Nous nous heurtons là aussi au néfaste concours. L'Assistance Publique a recruté seule un personnel par voie de concours, indépendamment de la Faculté. Ce personnel n'a donc aucune raison de s'intéresser à l'instruction des stagiaires envoyés là par la Faculté. Il n'a pas été recruté en vue de ce rôle. Les internes et les externes ne sont pas en effet, fonctionnaires de la Faculté ; ils sont fonctionnaires de l'Assistance Publique ; c'est pourquoi nous pensons qu'on ne peut atteindre de résultat *qu'en supprimant les concours d'internat et d'externat d'une part et en confiant le soin des malades à des élèves fonctionnaires en même temps de la Faculté.* Il faut, en effet, que l'Assistance Publique confie à la Faculté le soin de ses malades, que chaque élève du médecin soit fonctionnaire de la Faculté.

Cela est possible, cela existe dans certains cas. Les chefs de clinique actuels sont fonctionnaires de la Faculté à l'Hôpital. Leur rôle est en même temps de soigner les malades et d'enseigner. On peut donc en même temps soigner des malades à l'Hopital et cependant faire partie de la Faculté.

D'autre part, l'Assistance Publique ne se plaindrait pas de l'adjonction d'un personnel plus nombreux.

On a fait, jadis, à l'Externat, le reproche de n'être pas un concours sérieux (1). Le nombre des concurrents fut parfois restreint et le choix difficile. Quest-ce à dire ? Que l'Assistance Publique n'a pas trop de personnel et qu'au contraire elle a réduit ce personnel au strict nécessaire.

Or, le nombre total des Internes et des Externes des Hôpitaux est de 15 à 1.800 environ, le nombre total des Etudiants en Médecine de 2.600 à 2.700. C'est un tiers seulement en plus qu'on pourra incorporer au personnel sans crainte de léser l'Assistance Publique et les malades.

L'Assistance Publique ne pourrait que bénéficier d'un personnel plus nombreux qui sera tout aussi expérimenté que le personnel actuel ; bientôt mieux ; parce qu'actuellement l'élève apprend seul, sans guide et qu'avec l'organisation nouvelle, il sera aidé et plus vite instruit.

Nous savons bien que cette suppression des concours va faire jeter quelques cris. Ce n'est pourtant

(1) Dr Huchard, 1893 : *Sur l'organisation de l'Enseignement Médical dans les hôpitaux.*

pas la première fois que l'on parle de la suppression de l'Internat et de l'Externat. Déjà cette question fut agitée au Conseil de surveillance de l'Assistance Publique.

Si l'Internat est soutenu par beaucoup de médecins des Hopitaux, par les anciens internes, la généralité des médecins et un certain nombre des médecins des Hôpitaux le combattent : certains chirurgiens, à cause de la spécialisation qu'ils voudraient plus grande, d'autres à cause de l'instruction même des internes. « De nombreuses voix, dit la *Revue scientifique*, s'élèvent contre le mode de recrutement des externes et des internes par des concours de pure mémoire que l'on prépare dans des conférences d'Internats, au lieu de faire des études plus concrètes (1). Enfin il est incontestable que là aussi la pratique des concours a vicié l'Institution. Combien d'internes, et non des moindres, s'intéressent plus à leur chef quà leurs malades. Ils font des « chefs », suivant leur expression, pour le futur concours du bureau central. L'Hôpital, pour ceux-là n'a pas trop d'importance.

Ce que nous avons dit pour les professeurs de la Faculté est vrai aussi pour les médecins des hôpitaux. Pourquoi ne pas assurer à ceux-ci une indemnité large, leur permettant de mieux faire leur service, de pouvoir être là plus longtemps — et d'enseigner — une indemnité pour le temps qu'ils auraient pu passer en ville auprès de leurs clients ?

Il ne faut plus de concours pour le titre. Le médecin de l'hôpital doit être à l'hôpital d'abord, il ne doit pas avoir un titre lui servant à attirer la clientèle.

L'hôpital étant un centre d'enseignement, c'est autour du médecin de l'hôpital que se forme cet enseignement. Les médecins sont aidés par les assistants — aidés par les élèves. L'assistant est là toujours — entouré d'élèves. Le service de garde est donc assuré aussi sûrement qu'aujourd'hui, mieux parce que toujours plusieurs personnes sont là — aidant l'assistant dans une opération.

L'assistant aura plus de pratique que l'interne. L'assistant correspondra à nos chefs de clinique actuels. Les assistants seront des aspirants à la médecine des hôpitaux, assez instruits pour opérer et immédiatement en cas d'urgence. D'où avantage de ne pas attendre deux heures et quelquefois plus, dans des cas d'urgence, le chirurgien de garde. Nous résolvons du même coup la question de la médecine et de la chirurgie d'urgence, que personne actuellement n'apprend dans les hôpitaux (sauf les internes) et à propos de laquelle la plupart des médecins des hôpitaux même réclament (M. Debove).

Nous opposons donc à la Faculté ancienne une Faculte nouvelle. Et nous ne sommes pas en utopie.

Depuis plusieurs années déjà, on s'achemine à la liberté de l'enseignement médical. Déjà il existe des cours *payants*, organisés soit par les agrégés, soit par des professeurs, soit par des chefs de clinique et des prosecteurs et des internes. C'est ainsi que la Faculté prête ses locaux et ses prosecteurs pour faire des cours (cours qu'elle ne fait pas elle-même) avec opération sur le cadavre, aux étrangers ou à ceux que la fortune favorise.

C'est ainsi que dans beaucoup d'hôpitaux où l'on n'enseigne pas d'habitude — au moment des vacances ou même en dehors d'elles — des cours s'organisent où en payant on peut apprendre de la médecine. Quelques professeurs même, aidés de leur chef de clinique, organisent des cours payants aussi, bien que la Faculté les paye pour en faire de gratuits. Même ces conférences payantes commencent à s'organiser en dehors de la Faculté, soit dans les hôpitaux, soit dans les cliniques. Nous ne voulons pas citer de noms : c'est par dizaines que les cours se créent. N'est-ce pas, cela, un acheminement rapide vers la liberté de l'enseignement médical avec pourtant cette différence : c'est qu'actuellement il faut payer de lourds tributs à la Faculté et que suivre et payer ces cours libres n'exonère pas des frais de Faculté. Aujourd'hui, pour comble de bonheur, la Faculté exige parfois des présences obligatoires (d'où perte de temps) aux enseignements surannés. La faculté autoritaire exige, oblige, et n'a-t-on pas vu, dans le rapport du Conseil de la Faculté au Ministre sur cette question, qu'il fallait, par des signatures, contraindre à la présence effective de l'élève, le tenir écolier, bambin jusqu'à son doctorat et là, lui donner la liberté brusque.

Quelques professeurs sont allés jusqu'à demander que tous les cours théoriques fussent obligatoires et publiquement, pourtant, la plupart de ces professeurs les déclarent inutiles, et savent bien que matériellement les cours ne sont pas organisés pour être suivis ; qu'ils sont faits pour les professeurs plus que pour les élèves.

L'enseignement libre est possible, matériellement ; l'organisation de l'enseignement médical à l'hôpital l'est plus encore et la plupart des locaux existent déjà — ils peuvent être agrandis à peu de frais. Actuellement, chaque service a son laboratoire, petit il est vrai — mal outillé, insuffisant. Aussi serait-il plus utile de créer pour chaque hôpital un laboratoire central (voir Boucicaut) où on enseignera la bactériologie pratique, l'histologie normale et pathologique. Tout existe dont on peut se servir. La Faculté manque de locaux pour la pharmacologie, mais voilà une étude qui peut être faite à l'hôpital où il y a une pharmacie et un pharmacien, où il y a matière de l'enseignement, professeur et élève. Qu'attend-on vraiment pour utiliser toutes ces ressources ?

Non vraiment, nous ne sommes pas des utopistes. Dès demain, l'enseignement peut être parfaitement organisé. Tous les éléments sont au complet. Les malades, les élèves, les professeurs et les locaux ; en même temps, depuis quelques années, avec les cours payants — *même les programmes*. La Faculté ne peut plus être ce qu'elle est ; plus de monument, plus d'autorité malfaisante, plus de dogmes, plus de bonnets carrés. *Il faut l'organisation et la liberté, non pas l'autorité*. Nous savons bien que quelques situations seront à démolir, quelques intérêts à léser ; mais que doit peser l'intérêt de quelques-uns, alors qu'il s'agit de l'intérêt de tous ? Et nous ne croyons pas léser beaucoup d'intérêts. Parmi les concurrents actuels aux fonctions de la Faculté, beaucoup deviendront les *privat-docent* et les assistants de demain.

Personnel enseignant.

Nous avons dit, au cours de notre exposé, qu'il ne fallait pas de concours pour le titre. Nous demandons donc un personnel enseignant dont la principale fonction soit l'enseignement. Pour cela, la rémunération accordée au professeur sera assez élevée pour qu'il ne soit pas obligé de faire de la clientèle. La clientèle *sera pour lui une exception, un plaisir.*

De plus, suppression complète du concours, suppression absolue pour tous les postes, dans les hôpitaux comme à la Faculté. Recrutement assuré d'après les titres scientifiques seuls. C'est ainsi que se recrutent les Universités allemandes, suisses et autrichiennes. « Nul n'est nommé professeur extraordinaire, puis ordinaire, s'il n'a été attaché pendant « de longues années à une Université comme « docteur libre. Et il en résulte que, pour arriver au « professorat, les jeunes savants se livrent pendant « la période la plus féconde de leur vie, de 25 à 40 ans « à une production extrêmement active et abondante. « Tellement que tel *privat-docent* de 30 à 35 ans a « déjà publié plus de travaux que n'aura fait chez « nous un professeur d'Université vers le milieu ou « la fin de sa carrière ».

Il faudrait donc créer le privat-docentisme, c'est-à dire donner à certains jeunes gens les moyens de travailler et, au bont d'un temps donné, prendre parmi eux les meilleurs esprits d'après les travaux accomplis. Qu'on créée des bourses pour deux ou cinq ans, comme pour les bourses de voyage ou de

(1) *Revue Scientifique* : Conclusion à l'orientation des réformes de l'Enseignement Médical en France.

licence. La chose est à voir et nous ne pouvons entrer ici dans tous les détails.

L'assistant serait choisi d'après ses titres, ses études faites, et nommé pour une année ; renommé pour une autre année s'il fait correctement son devoir et dans la suite, nommé médecin adjoint et, plus tard médecin par la Faculté ou les autres médecins, chaque médecin ayant *un intérêt immédiat à s'entourer du meilleur et du plus digne.*

Mais, en aucun cas, jamais de concours ; *le meilleur jugé par ses maîtres et d'après ses travaux.*

Somme toute, cela nous rapproche de l'épreuve de titres demandée, dès 1893, par le Dr Huchard.

Sanctions — Examens

Des examens sanctionneraient cet enseignement et permettraient d'éliminer les incapables ou les paresseux. Chaque élève aurait son dossier avec les notes de son chef à l'Hôpital. Et chaque année, l'examen serait passé sur les matières enseignées avec examen de malades, devant des professeurs et médecins de l'Ecole, d'un autre Hôpital, mais toujours au moins avec un médecin de l'Hôpital dont fait partie l'élève examiné et en tenant compte des notes individuelles.

Enfin, il serait possible de créer deux examens de récapitulation à la fin des études. Thèse facultative.

Pour nous résumer, l'Hôpital, centre d'enseignement, avec ses médecins, ses assistants, ses élèves. L'enseignement hors de l'Hôpital par les professeur libres — ou *privat-docent.*

Jamais de concours. L'élève libre choisissant librement son maître, avec faculté de changer d'Hôpital, bien entendu, et de service, une fois l'an.

C'est pour sanctionner ces vues que nous proposons au Congrès les résolutions suivantes ;

Conclusions

Les Etudiants, réunis en Congrès à Marseille, considérant que la Faculté de Médecine autoritaire et dogmatique ne répond plus aux aspirations modernes ; que la conception de la Faculté a créé la néfaste habitude des concours et avec elle la désorganisation absolue de l'Enseignement, émettent le vœu que :

1° La Faculté devienne immatérielle et libre.

2° Que la conception du concours disparaisse pour permettre la nomination des professeurs d'après leurs travaux et leurs titres, après un stage comme professeurs libres ;

3° Que l'enseignement soit réparti dans les Hôpitaux et dans les Cliniques.

Préparation du Congrès national des Praticiens et Etudiants.

Revenons maintenant à l'organisation de la lutte pour la réalisation de la Réforme complète de l'Enseignement médical, et laissons la plume d'abord à celui qui a donné l'idée d'un Congrès imposant cette réforme, puis au porte-parole le plus autorisé des Syndicats médicaux.

LE CONGRÈS DES PRATICIENS.

L'une après l'autre, les organisations professionnelles s'insurgent contre le « certificat supérieur. »

Dunkerque, Roubaix, Tourcoing, Paris, ont acclamé d'enthousiasme l'ordre du jour du syndicat de Lille.

L'Union des Syndicats du Sud-Est ; la Chambre syndicale du Rhône ; la Société des praticiens de Lyon ; l'Association des médecins de l'Ain ; d'autres groupements encore : des Basses-Alpes, de l'Eure, du Var, etc., ont émis, de leur côté, d'énergiques protestations.

On ne s'en est pas tenu là.

Le Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de Paris ! l'Union des Syndicats médicaux de France ; le groupement des Praticiens de Lille ; la Chambre syndicale du Rhône ; les Sociétés du « Concours » et du « Sou » ont nommé des délégués à un Comité provisoire de défense chargé de préparer une grandiose manifestation de tous les praticiens assemblés en congrès.

Nul doute que le bureau de la Fédération des syndicats du Nord et du Pas-de-Calais se fera un devoir, à sa réunion du 4 novembre, de désigner deux délégués à son tour.

Les autres grandes organisations suivront et, bientôt définitivement constitué, le Comité lancera son appel et engagera l'action.

Dans trois mois, toute la France médicale sera debout.

Devant cette explosion de révolte, le Conseil supérieur de l'Instruction publique s'émeut mais tergiverse. Il songe, non pas à demander l'abrogation du décret illogique qu'il a fait promulguer, mais à briser une cohésion qui l'inquiète, en abondonnant aux Praticiens une apparence de satisfaction.

Le certificat ne serait plus : « d'études médicales supérieures » ; il serait : « d'aptitude aux emplois d'enseignement ».

On changerait le *mot* ; on laisserait la *chose*.

C'est là une mauvaise plaisanterie à laquelle le Corps des Praticiens ne se prêtera pas.

Qu'il se dénomme « d'aptitude » ou s'appelle « supérieur » le certificat n'en divisera pas moins les praticiens en deux classes : les titulaires du diplôme nouveau et... les autres. Et la supériorité qu'usurperont, au regard du public, les premiers, n'en aura pas moins pour effet de ravaler les seconds au niveau de l'officiat de santé d'autrefois.

Dans ces conditions, puisque le certificat « supérieur » ou « d'aptitude » est parfaitement inutile, quoi qu'on dise, au point de vue du relèvement de l'agrégation ; puisqu'il ne peut que nuire au pays en avilissant le doctorat et en abaissant d'autant le niveau général des études qui y mènent, la conduite des praticiens s'impose.

Il faut qu'ils EXIGENT *à tout prix l'abrogation pure et simple du décret de juillet 1906.*

Oui, des ordres du jour ; oui, des listes de protestation ; mais à la condition qu'il y ait derrière tout cela une organisation prête à marcher et à prouver sa puissance.

L'heure est venue de préparer le congrès des praticiens de France.

Un tel congrès est impossible, affirment les « timorés », frappé d'avance de stérilité, protestent les « sceptiques ».

Qu'ils se détrompent et les uns et les autres.

Oui, bien des congrès médicaux se sont assemblés déjà qui ont avorté ; mais il n'en saurait être de même cette fois.

Les congrès précédents, dits scientifiques, avaient surtout pour résultat de mettre en évidence des individualités. Quoi d'étonnant que le gros public médical s'en soit désintéressé ?

Ce que chaque praticien aura à défendre, ici, n'est-ce pas, outre sa dignité même, le bien-être menacé des siens ?

Quel médecin, en de telles conditions, refuserait de concourir à l'œuvre commune de défense ? Seul, celui-là qui méconnaîtrait le danger.

Ce qu'il faut uniquement pour assurer le succès — *et un succès inouï*, — c'est donc éclairer la masse des confrères.

A ce propos n'est-il pas étrange de voir trop de journaux scientifiques, ou réputés tels, avoir voulu « *ignorer* » la question avec entêtement ?

Leur « indifférence » tiendrait-elle longtemps si nous, les Praticiens, *pour qui* et *par qui* ils existent, nous employions avec ensemble certains arguments décisifs ?

Peu importe, d'ailleurs.

Ce qu'il faut, pour soulever les Confrères, c'est faire pénétrer nos vrais organes de défense jusque dans les moindres villages. Mais, pour cela, il faut une direction et des ressources. Voilà le pourquoi du Comité provisoire dont le premier acte devra être la constitution d'une caisse de défense, alimentée par souscriptions individuelles et corporatives.

Le succès d'un Congrès ainsi conçu n'est pas seulement possible, il est *assuré*.

Et comment une Assemblée, parlant au nom des 18000 praticiens de France, demeurerait-elle sans action sur les Pouvoirs ?

Par des ordres du jour, qu'elle fera reproduire dans la presse quotidienne, ne prouvera-t-elle pas *qu'elle défend l'intérêt supérieur du pays lui-même* ?

Par l'envoi de délégations énergiques ne montrera-t-elle pas, en même temps, que, si elle a conscience d'avoir pour elle le bon droit, elle a conscience aussi de constituer une force avec laquelle il y aurait lieu, le cas échéant, de compter?

La vérité, c'est qu'un Congrès de Praticiens culbutera sans peine décret et certificat, et que nous aurons à saluer en lui l'aurore d'une Renaissance médicale.

Rééditant, au point de vue médical, un mot célèbre, on peut dire :

Qu'est le Praticien ? *Rien*.

Que doit-il être ? *Tout*.

A l'œuvre donc pour la conquête de notre émancipation définitive, et vive le Congrès des Praticiens de France !

Dr A. COPPENS.

La campagne pour la réforme des études médicales et la suppression du nouveau certificat d'études médicales supérieures. Son histoire et ses conséquences possibles. Prochain épilogue : satisfaction complète sera vraisemblablement donnee aux syndicats médicaux.

La campagne entreprise, il y a quelques mois, par l'Union des Syndicats Médicaux de France pour obtenir la réorganisation des études médicales dans un sens pratique et utile, a pris une tournure plus vive et une activité plus grande grâce à la création du certificat d'études médicales supérieures.

Il est bon d'en rappeler aujourd'hui l'histoire pour que chacun soit en mesure d'y revendiquer son rôle et d'en assumer les responsabilités.

Le Conseil d'Administration de l'Union des Syndicats Médicaux de France mit à l'étude la question des réformes de l'enseignement médical à la suite d'incidents universitaires tumultueux où l'*Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris* joua un rôle à notre avis utile et bienfaisant. Ce fut elle qui fit naître de toute pièce cette question considérée comme subversive par l'Administration universitaire, qui aurait été sans doute désireuse de l'éluder à jamais.

Une nombreuse délégation de l'*Union des Syndicats Médicaux de France*, accompagnée des délégués du *Syndicat des médecins de la Seine*, du *Concours Médical*, du *Sou Médical*, et des représentants de la *Société Médico-Chirurgicale*, de la *Société de Médecine et de Chirurgie pratiques*, du *Conseil Général des Société d'Arrondisssements de Paris et de la Seine* (ces derniers ayant demandé au dernier moment de se joindre à la délégation de l'Union), fut présentée le 11 **avril 1906** par M. le Dr Dubuisson, député, vice-président de l'Union des Syndicats Médicaux à M. le ministre de l'Instruction Publique. M. le Dr Gairal, président de l'Union des Syndicats Médicaux, de France, exposa nettement au Ministre les desiderata du Corps des médecins praticiens et lui remit une lettre ouverte, qui fut publiée dans un certain nombre de journaux de Médecine, où la délégation réclamait pour l'étude des réformes de l'enseignement médical la création d'une commission comprenant d'une part des membres du Corps enseignant et de l'autre **en nombre au moins égal des membres désignés par les Syndicats Médicaux**. Le Mintstre accueillit fort courtoisement la délégation et promit de se préoccuper de ces réclamations qui au premier abord lui parurent légitimes.

Trois mois plus tard, le 25 **juillet**, était signé le décret organisant le Certificat d'Etudes Médicales Supérieures.

Nous voulons bien croire que cette création ne fut pas une réponse ironique du Ministre aux démarches des Praticiens français : c'eût été un véritable défi à la logique, de la part d'un Ministre socialiste que de répondre à une demande de réforme et de progrès par la création d'une **aristocratie nouvelle** dans le Corps médical, aristocratie destinée à ravaler petit à petit le docteur actuel au rang de paria des anciens officiers de santé. Nous sommes persuadés que M. Aristide Briand, Ministre de l'Instruction publique, n'a pas nourri d'aussi machiavétiques desseins. Il s'est contenté de signer, sans en saisir la portée, un décret présenté par le Conseil supérieur de l'Instruction Publique, lequel avait approuvé sans examen et sans discussion un projet du professeur Bouchard, qui, nous voulons bien encore le croire, ne s'est pas rendu compte des fâcheuses conséquences que pareille création pouvait créer dans le Corps médical.

De tous les points de la France, dans tous les organes indépendants de la presse médicale française, des protestations s'élevèrent et dès la rentrée des vacances, le Conseil de l'Union remit la question à son ordre du jour. Nous ne saurions reproduire ici toutes les violences épistolaires venant de tous les départements que nous valut ce nouvel avatar du Mandarinat médical officiel. Le Conseil d'administration des Syndicats Médicaux dans sa **séance du 19 septembre** résolut d'examiner un projet de campagne énergique pour la réforme des études et la suppression du certificat.

Ce projet, que nous avons rédigé et publié dans notre **Bulletin du 5 octobre**, indiquait un certain nombre de moyens d'action allant d'une démarche auprès du Ministre et d'une demande d'interpellation à la Chambre jusqu'à l'organisation de meetings et d'un Congrès de praticiens. Le Congrès avait été proposé par le Syndicat Médical de Lille dans sa **séance du 21 septembre**. En même temps nous faisions appel au concours des associations médicales professionnelles et même des médecins praticiens qui voudraient nous seconder dans l'action que nous désirions voir entreprendre.

Notre appel fut entendu et à la **séance du 10 octobre** du Conseil d'Administration de l'Union, M. le Dr Lereboullet, secrétaire général de l'Association des Medecins de France ; M. Jeanne, directeur du « Concours Médical »; M. de Grissac, du « Sou Médical », M. le Dr Coppens, rédacteur du *Petit Praticien du Nord*, M. Lafontaine et plusieurs autres délégués de l'Association Corporative des étudiants en Médecine, venaient assurer l'Union de leur concours effectif et le programme d'action paru dans notre dernier Bulletin était adopté après une longue discussion. Sur la proposition de M. le Dr Coppens, deux délégués furent désignés pour se joindre, au cas échéant, aux délégués de tous les autres groupements de médecins qui voudraient s'y intéresser.

Ces délégués auraient mission d'étudier l'organisation d'un **Congrès de Praticiens**.

Ce congrès serait une importante manifestation de la cohésion médicale et s'étendrait au-delà des limites de nos syndicats médicaux.

Seules, deux questions seraient portées à son ordre du jour

1° **La réforme, dans un sens pratique, des études médicales avec suppression du certificat d'études médicales supérieures**

2° **L'application progressive du libre choix du médecin à toutes les collectivités, y compris les administrations publiques.**

Est-il besoin d'exposer toutes les conséquences que pareille manifestation pourrait avoir si, par une organisation active et bien comprise, elle obtenait le succès que nous prévoyons ?

Au moment où, **forts de notre droit qui se confond avec l'intérêt des malades**, nous luttons pour conserver au médecin praticien toute son indépendance et sa dignité, au moment où nous discutons avec les mutualistes les bases d'une entente laissant au malade comme au médecin la liberté indispensable à la confiance du premier et au dévouement du second, ne trouverions-nous pas une force irré-

sistible dans ce congrès de tous les praticiens de France, qui viendraient solennellement affirmer leur volonté formelle de ne plus se laisser domestiquer par les collectivités de tout ordre ou, ce qui est sensiblement la même chose, fonctionnariser par les administrations ?

Qui oserait ensuite venir nous dire, comme ce mutualiste, écho sans doute de quelque vague transfuge du Corps Médical, que notre programme du **libre choix du médecin par le malade** est un programme syndical, mais que les idées des syndicats ne reflètent pas les opinions de la majorité des médecins praticiens ?

Il sortirait de ce congrès, nous en sommes convaincus, une extension nouvelle de notre organisation professionnelle qui augmenterait l'action des syndicats médicaux et nous conduirait au triomphe de notre programme de progrès, de dignité et d'indépendance.

J. Noir.

Le mouvement s'accentuant avec une telle rapidité que le *Concours* ne suffit pas à insérer toutes les communications des Sociétés, nous avons dû songer à satisfaire le désir d'action immédiate qui se manifeste partout. La lettre ci-dessous nous est arrivée la première.

A Monsieur le Dr Jeanne, rédacteur en chef.

Mon cher ami,

Vous voulez bien me reconnaître un certain esprit d'organisation et vous me demandez de chercher sur quels moyens pratiques on pourrait assurer à la future *Assemblée nationale* des délégués de tous les praticiens et étudiants de France l'autorité morale indispensable à une réunion de ce genre.

Bien que la convocation de cette assemblée ne doive pas être très prochaine, sa préparation doit être immédiate, car elle réclamera un temps assez long et il faut toujours s'attendre à quelque imprévu. J'estime donc qu'il faut faire vite ; j'estime également qu'il faut faire simple, ne pas s'user à couper des cheveux en quatre et présenter une organisation qui soit facilement comprise et acceptée de tous.

Il est entendu que, pour être sincère, la consultations doit être adressée à tous les praticiens sans exception. Ce serait pour un seul comité central une tâche impossible et il faut absolument que ce comité central soit secondé par des comités d'initiative locaux avec lesquels il se tiendra en relations permanentes. Et qui composera ces comités locaux ? Evidemment, les membres des organisations *déjà existantes* ; syndicats, associations locales, mais aussi, à leur défaut, membres du Concours, du Sou médical et enfin confrères de bonne volonté. Il n'est pas besoin d'ailleurs que ces comités locaux soient composés de membres nombreux : deux ou trois suffisent amplement, puisque leur action se bornerait à recevoir du comité central les documents nécessaires et à convoquer leurs confrères en réunion générale.

Mais par contre, il faut beaucoup de ces comités d'initiative. Un par département ne suffira pas, je crois qu'il en faudrait un par arrondissement. En effet, lorsqu'on convoque à une réunion des confrères d'un département il s'en trouve trente ou quarante — je ne sais si l'on a jamais atteint cinquante — mais que ces mêmes confrères soient convoqués au siège de leur arrondissement respectif, le nombre total des présents sera doublé.

Je n'insiste pas.

Donc un comité local de deux ou trois membres dans chaque arrondissement.

Ce comité dresse la liste des confrères de l'arrondissement et réclame au comité central le nombre voulu des circulaires que ce dernier aura préparées. Dès qu'il les a reçues, il en adresse une à chaque médecin en même temps qu'une lettre de convocation pour une réunion fixée par exemple, à trois semaines. Pour les absents, il y aurait peut-être avantage à admettre le vote par correspondance.

Le rôle du comité d'initiative est terminé, la réunion nomme son Bureau qui dès lors le remplace.

A la réunion, la discussion devrait, ce me semble, être terminée par un ordre du jour. L'élection des délégués à l'Assemblée Générale viendrait ensuite.

Quel sera le nombre de ces délégués ? Il est difficile d'établir une proportion mathématique : quel qu'il soit, le travail serait long et certainement discuté.

Il me semble qu'on abrégerait beaucoup et qu'on aurait chance de rallier tous les suffrages en décidant, d'ores et déjà, que chacune des réunions d'arrondissement nommerait autant de délégués que l'arrondissement compte de Députés à la chambre. Ce serait simple et cette répartition en vaut bien une autre, de plus chaque réunion saurait immédiatement ce qu'elle aurait à faire.

Il y aurait grand avantage à ce que la réunion assurât à ses délégués une indemnité de déplacement.

Le bureau de la réunion transmettrait immédiatement au comité central le texte de l'ordre du jour voté et le nom des délégués.

Le reste regarderait le comité central.

Je crois que ce mode de procéder est celui qui donnerait à la consultation la plus sincère comme aussi la plus efficace, surtout si chaque délégué prenait l'engagement d'aller, après la réunion nationale, trouver son député — qu'il connaît, — pour lui faire part des résolutions prises et le documenter.

Je n'entends pas dire qu'à la réunion nationale pourraient seuls assister les délégués : je crois que son accès devrait être libre et que tout orateur aurait le droit de s'y faire entendre. Mais le vote appartiendrait aux seuls délégués.

Voilà, mon cher ami, les bases d'une organisation simple que vous pourrez soumettre au comité central. Si elle n'est pas admise en son entier, elle pourrait du moins servir de canevas à la discussion.

Cordialement à vous,

A. Gassot.

Le Conseil de direction du Concours a adpoté, à l'unanimité, l'avis de son président.

Il compte pour rien la satisfaction déjà offerte de donner au fameux diplôme nouveau le nom de baptême ci-dessous, qui rappelle les dénominations chimiques de certains médicaments nouveaux, et qui cadre mal avec les titres de carte de visite : « *Certificat d'aptitude aux emplois d'enseignement dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie et des écoles de plein exercice* ».

La préoccupation générale ne s'arrête pas à ces chinoiseries de mots : elle veut la *réforme complète des études médicales*. Aussi, après comme avant cette offre sensationnelle, nos sociétés continuent de travailler par la nomination de délégués à la constitution du comité d'organisation de l'*Assemblée médicale nationale*, comptant peu sur de vagues pétitionnements qui n'obtiennent pas réponse étudiée et imposante.

Assez parlé, assez écrit ; tout le monde debout, dans chaque arrondissement, pour la représentation du tiers état, et tenons dès maintenant l'oreille ouverte au mot d'ordre du comité de préparation dont le Dr J. Noir est le secrétaire provisoire.

ERRATUM

Dans le n° 42, page 759, ligne 46, au lieu de « les prévoyants », prière de lire « les imprévoyants ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Vingt-huitième année | N° 44 | 4 NOVEMBRE 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

AVIS

Assemblées générales de " l'Union des Syndicats médicaux de France ", du " Concours Médical ", du " Sou Médical ", du " Patronage Médical " et de l' " Association Amicale ", 17, 18 et 19 novembre 1906.

Les Assemblées Générales annuelles de nos Sociétés auront lieu les **dimanche 18 et lundi 19 novembre 1906**, dans l'ordre suivant :

1° Le **samedi**, *à 2 heures*, *Hôtel des Sociétés Savantes*, 28, rue Serpente, Assemblée générale de l'**Union des Syndicats médicaux de France**, sous la présidence de M. le Dr Gairal.

2° Le **dimanche 18 novembre**, *dans les salons du restaurant Marguery*, 36, boulevard Bonne-Nouvelle :

A 9 heures du matin : Réunion spéciale pour les Correspondants du **Concours**.

A 10 heures : Assemblée extraordinaire du **Patronage Médical** (Revision des statuts).

A 2 heures : Assemblées Générales communes du **Concours Médical** et du **Sou Médical**.

Le Banquet, commun à toutes les Sociétés, aura lieu à 7 heures, chez Marguery, sous la présidence de M. le Dr Mignen (de Montaigu, Vendée), fondateur du premier syndicat médical en France.

La cotisation pour le banquet est fixée à 10 francs ; la Société du Concours prenant à sa charge le supplément des frais, qui dépassent 15 francs par convive.

Prière d'aviser de sa présence, en vue des dispositions à prendre.

3° Le **lundi 19 novembre**, *dans les bureaux du Concours Médical*, 23, rue de Dunkerque,

A 9 heures du matin : Assemblée Générale de l'Association Amicale.

SÉANCE DU CONSEIL DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DU " CONCOURS "

31 Octobre 1906

Présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne, Cézilly, Diverneresse.

M. le Dr Jeanne donne connaissance de la lettre ci-dessous :

30 octobre 1906.

Mon cher Directeur,

Il a été décidé l'an dernier, de fêter au banquet du 18 novembre 1906, le vingt-cinquième anniversaire de la fondation des Syndicats médicaux en France. Nous aurons la bonne fortune de voir présider ce banquet par celui qui réalisa le premier Syndicat dans notre pays, M. le Dr Mignen, de Montaigu.

Vous connaissez M. Mignen, vous savez les services qu'il a rendus, vous avez pu juger jusqu'où peuvent aller son infatigable dévouement au Corps Médical et son inaltérable confiance en l'idée syndicale.

Il est peu de personnalités, à la tête de nos syndicats, qui jouissent autant que lui de la sympathie et du respect de leurs confrères.

Ne serait-ce pas un nouvel attrait pour notre banquet que de le terminer en offrant à M. Mignen, un souvenir durable de la reconnaissance des médecins syndiqués? Ce souvenir sera, je le sais, bien modeste ; les praticiens ne sont pas riches et leur bourse ne leur permet guère de larges libéralités, mais quelque soit sa valeur, je suis persuadé que M. Mignen lui accordera un prix inestimable.

Si mon projet vous agrée, mon cher Directeur, ouvrez une souscription dans les colonnes du *Concours Médical*, et malgré l'époque un peu tardive de la souscription, je suis persuadé que nous serons en mesure d'offrir le 18 novembre, un témoignage de notre sympathie à notre vénéré Président d'honneur, le *Premier Médecin Syndiqué de France*.

Veuillez agréer etc. Dr Noir.

Le conseil décide aussitôt, après lecture de la lettre de M. le Dr J. Noir, de s'associer à l'unanimité à la proposition du dévoué secrétaire général de l'Union des syndicats.

A cet effet, il déclare ouverte, dans les bureaux de la Société, 23, rue de Dunkerque, en même temps que dans ceux de l'Union des syndicats, la souscription demandée, et se souvenant de la collaboration infatigable du confrère Mignen à tous les travaux du Concours, presque dès sa fondation, il inscrit celui-ci en tête de cet appel pour la somme de 50 fr.

Il décide que la publication des listes commencera dans le numéro du 3 novembre, et déclare rechercher le nombre plutôt que l'importance des souscriptions.

Le secrétaire-trésorier,
Dr Maurat.

1re Liste.

	Fr.		Fr.
Concours médical.	50	M. Vimont........	5
Sou médical......	20	M. Henri Cézilly..	5
M. A. Gassot......	5	M. Diverneresse...	5
M. A. Maurat.....	5	M. Huguenin.....	5
M. J. de Grissac...	5	Syndicat de l'arrond. d'Orléans.	5
M. L. Gassot, fils.	1	Syndicat de l'arrond. de Versailles..............	5
M. M. Maurat, fils	1		
M. de Grissac, fils.	1		
M. Jeanne.........	5		

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

Séance du 16 Octobre 1906

Préparation de l'Assemblée générale.

Présents : MM. Maurat, Gassot, Cézilly, Jeanne, Lepage, Mignon.

Contrôleurs : M. le Dr David et M. le Dr Lepage ; suppléant M. le Dr Blache.

Excusés : M. le Dr Groussin, l'un des contrôleurs, et M. le Dr Blache.

Le Conseil entend d'abord la lecture du rapport du secrétaire général, en approuve la teneur, et en décide la publication avant l'Assemblée générale, ainsi que du présent procès-verbal et du rapport du trésorier, dont les comptes sont vérifiés et également approuvés.

Le Conseil décide aussi la publication du rapport de M. Fleury, sur les résultats de l'inventaire, il sera intercalé dans celui du trésorier.

L'Assemblée générale est fixée au lundi 19 novembre, à 9 heures du matin, au siège social, 23, rue de Dunkerque.

Ordre du jour :

Allocution du président ;
Approbation des comptes du trésorier, après rapport des contrôleurs ;
Election d'un contrôleur ;
Propositions diverses.

Rapport du Trésorier.

Avec l'année 1905, l'Association amicale est arrivée à sa douzième année d'existence; votre trésorier doit donc vous soumettre d'abord les comptes du dernier exercice puis donner un aperçu de la marche de l'Association depuis sa fondation, enfin vous communiquer les résultats donnés par l'inventaire prévu par les statuts.

1° Comptes de l'exercice 1905.

Au 31 décembre 1905, l'Association amicale comptait 1.090 membres, savoir :

535	membres inscrits	à la combinaison A.
2	—	à la combinaison 1/2 A.
509	—	à la combinaison B.
12	—	à la combinaison 1/2 B.
32	—	à la combinaison C.
1090		

On sait, qu'au point de vue de l'indemnité maladie, les membres de la combinaison C sont absolument assimilés à ceux de la combinaison A. On pourrait donc dire que la combinaison A compte en réalité 635 membres.

Je dois faire immédiatement remarquer que ces chiffres, de même que ceux qui suivront d'ailleurs, pourront différer de ceux que j'avais indiqués dans les comptes provisoires donnés lors de l'Assemblée générale du 19 novembre 1905. Il a fallu, en effet, pour l'inventaire, tabler sur une situation absolument nette.

Recettes.

Les recettes de l'année 1905 se sont élevées à 101.074 fr. 76, savoir :

Cotisations	92.099 fr.	20
Intérêts	6.797	36
Recouvrements et rappels	871	55
Dons	98	60
Dons	220	»»
Remboursements de valeurs	988	05
Total	101.074 fr.	76

Dépenses.

Les dépenses, pendant la même année, se sont élevées à 87.492 fr. 45, savoir :

Matériel	11 80	
Impressions	198 50	
Frais de poste	526 95	
Recouvrements et rappels	264 35	
Timbres-quittances	210 90	4.038 fr. 50
Frais de trésorerie	59 60	
Frais de bureau	2600 »»	
Déplacement des membres du conseil	166 40	
Indemnités-maladie		69.690 fr. 75
		73.729 » 25

Pour ordre :

Versements à la caisse des pensions	13.613 20	13.763 » 20
Remboursements par ristournes	150 »»	
Total :		87.492 » 45

Balance des comptes.

Si au total des recettes de l'année		101.074 76
On ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre 1904	15.301 24	
Moins ce qui était dû au trésorier à la même époque	4.971 59	10.329.65
On trouve		111.404 41
Et si l'on déduit les dépenses de l'année		87.492 45
Il reste un excédent de		23.911 96

dont emploi a été fait de la manière suivante :

Achat de valeurs :

40 obligations du gouvernement général de l'Algérie 1902		18.200 »»
1 obligation du département de l'Aude, 3,44 %		488 25
1 oblig. chemin de fer Grand Central 3 %		449 25
		19.137 50
2° Espèces :		
A la Société Générale	4.248.70	
En caisse	525.76	4.774 46
Total égal		23 911.96

Avoir de l'Association au 31 décembre 1905.

L'avoir de l'Association, les valeurs étant comptées au cours du 31 décembre, se décompose ainsi :

1° Portefeuille

600 fr. Rente française 3 % fr.		19.800 »»
30 obligations tunisiennes 3 % 1892		14.490 »»
40 obligations gouvernement général de l'Algérie		18.400 »»
20 obligations département de l'Aude 3,44 %		9.860 »»
20 obligations ville de Paris 2 % 1899		8.580 »»
30 obligations chemin de fer de l'Est 3 % anciennes		13.905 »»
10 obligations chemin de fer de l'Est 3 % nouvelles		4.660 »»
40 obligations chemin de fer P. L. M. 3 % anciennes		18.820 »»
20 obligations chemin de fer P. L. M. 3 % nouvelles		9.300 »»
30 obligations chemin de fer du Midi 3 % anciennes		14.085 »»
60 obligations chemin de fer Grand Central 3 %		27.960 »»
120 obligations chemin de fer de l'Ouest 2,5 %		50.040 »»
30 obligations chemin de fer de l'Est algérien 3 %		13.785 »»
15 obligations Banque hypothécaire 1880		8.550 »»
20 obligations foncières 1883		9.140 »»
Total		241.375 »»
2° Espèces :		
A la Société générale	4.248 70	
En caisse	525 76	4.774 46
Total		246 149 46
Déduction de l'avoir à la Caisse auxiliaire		3.615 25
Reste		242.534 21

Caisse auxiliaire.

Au 31 décembre 1904, elle possédait		3.406.65
Nous lui avons versé le montant des amendes	220 »»	
Et celui des dons sans affectation spéciale	88 60	308 60
Son encaisse s'élève donc à		3.715 25
Mais elle a versé à un confrère une somme de		100 »»
Il lui reste donc un avoir de		3.615 25

Le Conseil d'Administration vous demande, Messieurs, de vouloir bien approuver ces comptes.

2° Marche de l'Association depuis sa fondation.

Fondée au 1er janvier 1894, l'Association amicale débutait avec 56 membres et arrivait en fin d'année avec 167 membres, 9.766 fr. 94 de recettes et 1.607 fr. 70 de dépenses.

Au 31 décembre 1905, c'est-à-dire après douze années d'existence, elle compte 1.090 membres, ses recettes s'élèvent à 101.074 fr. 76, ses dépenses à 87.492 fr. 45 et ses réserves atteignent la somme rondelette de 246.149 fr. 46.

Il est intéressant de s'arrêter un instant à examiner la marche qu'elle a suivie pour arriver à ce résultat.

D'abord l'accroissement du *nombre de ses membres* :

En 1894	167
En 1895	287
En 1896	371
En 1897	445
En 1898	502
En 1899	572
En 1900	650
En 1901	744
En 1902	837

En 1903	930
En 1904	1014
En 1905	1090

C'est une moyenne de 90 par an, chiffre qui serait vite dépassé, n'était l'apathie invincible du Corps médical.

Maintenant, la *progression des recettes* :

En 1894 ....fr.	9.766 91
En 1895	20.401 87
En 1896	29.984 53
En 1897	36.729 39
En 1898	42.118 36
En 1899	48.926 83
En 1900	57.845 47
En 1901	60.705 26
En 1902	70.351 39
En 1903	81.653 54
En 1904	93.518 77
En 1905	99.909 20
Total	648.911 55

C'est donc un total de 648.911 fr. 55 que l'Amicale a encaissé pendant ces douze années (1).

Voyons comment elle s'est acquittée de ses devoirs :

En 1894, elle a versé.	370 »»	*d'indemnité-maladie*	
En 1895	3.400 »»	»	»
En 1896	11.003 25	»	»
En 1897	17.026 30	»	»
En 1898	18.939 45	»	»
En 1899	22.792 80	»	»
En 1900	38.772 65	»	»
En 1901	31.586 20	»	»
En 1902	41.508 35	»	»
En 1903	48.688 15	»	»
En 1904	64.999 30	»	»
En 1905	69.690 75	»	»
Total	368.777 20	»	»

Et elle a servi 368.777 fr. 20 d'indemnités à ses membres !

Veut-on la *Balance générale des comptes* pour ces douze années ?

Les recettes ayant été de		648.911 55
Les indemnités-maladie de	368.777 20	
Et les dépenses d'administration	23.510 07	392.287 27
Il reste		256.624 28

Et si l'on retranche, pour ordre :

Les versements à la caisse des pensions de retraites.	13.613 20	
Les remboursements par ristournes	1.066 »»	14.679 20
Il reste un excédent de		241.945 08
Si l'on ajoute la plus-value du portefeuille		589 13
On retrouve l'avoir déjà connu		242.534 21
Et enfin avec la Caisse auxiliaire		3.665 25
On obtient		246.149 46

Il était nécessaire de donner tous ces chiffres qui montrent la marche ascendante de l'Association amicale et qui vont servir de base à l'inventaire que prescrivaient les statuts à la fin de la deuxième période sexennale.

3° Inventaire général au 31 décembre 1905.

Il importait, avant de procéder à l'inventaire général, de dresser le compte propre de chaque combinaison, c'est le travail auquel s'est livré votre trésorier.

(1) Il n'est tenu compte ici que des recettes réelles et non des recettes pour ordre qui figurent dans les comptes annuels.

Les combinaisons A et 1/2 A, d'une part, B et 1/2 B, de l'autre, ont été réunies. La combinaison C se fond naturellement dans la combinaison A.

Combinaison A.

	Combin. A	Comb. 1/2 A.	Totaux
1° Nombre des membres inscrits	635	3	638
Nombre des membres actuels	567	2	569
2° Nombre des journées de perception	1.151.552	9.589	1.161.141
3° Nombre des journées de maladie à 10 fr. par jour.	15.125	45	15.170
Nombre des journées de maladie à 100 fr. par mois	10.191	»	10.191
4° Cotisations encaissées	240.077 55	1.135 50	241.213 05
5° Sommes versées pour indemnités	162.409 80	175 »»	162.584 80
Total des recettes pour A et 1/2 A			261.247 86
Total des dépenses			175.970 98
Reste avoir			86.276 88

Combinaison B.

	Combin. B	Comb. 1/2 B	Totaux
1° Nombre des membres inscrits	571	16	587
Nombre des membres actuels	509	12	521
2° Nombre des journées de perception	1.196.083	22.153	1.218.236
3° Nombre de journées de maladie à 10 fr. par jour	14.899	199	15.098
Nombre des journées de maladie à 100 fr. par mois	22.930	1.118	24.048
4° Cotisations encaissées	344.217 20	4.116 05	348.333 25
5° Sommes versées pour indemnités	203.511 05	2.681 35	206.192 40
Total des recettes pour B et 1/2 B			379.593 91
Total des dépenses			223.926 74
Reste avoir			155.668 20

Récapitulation.

Recettes.

Combinaisons A et 1/2 A	262.247 86	
Combinaisons B et 1/2 B	379.593 91	641.841 80

Dépenses.

Combinaisons A et 1/2 A	175.970 98	
Combinaisons B et 1/2 B	223.925 74	399.896 72
Reste avoir		241.945 08

Réserves mathématiques.

De son côté, M. Fleury, notre actuaire, faisant le calcul des réserves mathématiques pour chacun des membres actuels de chacune des combinaisons, trouvait :

Combinaison A	72.555 25	
Combinaison 1/2 A	246 50	72.812 75
Combinaison B	130.251 50	
Combinaison 1/2 B	1.318 75	131.570 25
Total		204.383 »»

Rapport de M. Fleury, actuaire.

D'après ces données, M. Fleury adressait au président de l'Association amicale le rapport suivant :

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter les résultats de l'inventaire de l'Association amicale des Médecins français à la date du 31 décembre 1905.

A cette époque, l'actif de l'Association, selon les états très détaillés qui m'ont été fournis par votre trésorier, s'élevait à 246.149 fr. 46, se décomposant en :

Valeurs au cours du 31 décembre 1905...	241.375 »»
Espèces à la Société générale ou en caisse	4.774 46
Total....................	246 149 46

Suivant également les états fournis par votre trésorier, cet actif se décompose encore de la manière suivante :

Avoir des combinaisons A et 1/2 A......................	86.276 88	
Avoir des combinaisons B et 1/2 B......................	155.668 20	241.945 08
Plus-value des valeurs mobilières sur le prix d'achat..............................		589 13
		242.534 21
Avoir de la Caisse auxiliaire		3.615 25
Total..		246.149 46

Le calcul des réserves mathématiques, en tenant compte de la partie correspondant aux six premiers mois de sociétariat, m'a donné les résultats suivants :

Combinaisons A et 1/2 A.....	72.812 75
Combinaisons B et 1/2 B.....	131.570 25
	204.383 »»

Il résulte, de ce qui précède, qu'en outre des réserves mathématiques, les deux branches A et B se présentent en excédent, savoir :

La combinaison A, de la différence entre son actif 86.276 fr. 88 et son passif 72.812 fr. 75, soit 13.464 fr. 13 ;

Et la combinaison B, de la différence entre son actif 155.668 fr. 20 et son passif 131.570 fr. 25, soit 24.097 fr. 95.

Autrement dit, la situation des deux branches est excellente.

Si on compare l'excédent de chacune des combinaisons A et B au total de ses recettes, provenant de cotisations, intérêts et divers, on a le tableau suivant :

	Total des Recettes.	Excédent.	Rapport de l'Excédent au total des Recettes.
Combinaison A...	262.247 86	13.464 13	5,13 %
Combinaison B...	379.593 91	24.097 91	6,35 %

Les résultats de la combinaison B sont donc un peu plus favorables que ceux de la combinaison A, mais il ne faudrait pas en conclure que la morbidité dans la combinaison B a été moindre que dans la combinaison A.

Le tarif A a, en effet, été calculé avec un risque de morbidité moindre que celui du tarif C, de 6,25 0/0, on peut même remarquer que si le tarif B avait été calculé avec la même table de morbidité que le tarif A, l'excédent de B n'existerait pas.

En résumé, la morbidité de B a été, comme le prévoyait le tarif, un peu supérieure à celle de A, et les deux morbidités sont restées un peu inférieures à celles que prévoyait le tarif. Ces deux résultats font le plus grand honneur à la science et à la sagacité de M. Léon Marie, qui établit autrefois les tarifs.

D'ailleurs, si les écarts sont dans un sens favorable, ils ne me paraissent pas tels qu'ils doivent conduire à une modification quelconque des tarifs. L'Amicale, quoique vigoureusement sortie de l'enfance, est encore jeune : à quelques exceptions près, ses sociétaires n'ont pas atteint les âges avancés qui pourraient peut-être apporter quelque surprise et il est bon qu'elle constitue, en dehors de ses réserves mathématiques, des réserves de prévoyance.

Je crois en conséquence qu'elle pourrait établir son bilan, au 31 décembre 1905, de la façon suivante :

Passif.

Réserves mathématiques de A et 1/2 B.................	72.812 75	
Réserves mathématiques de B et 1/2 B.................	131.570 25	204.383 »
Réserves de prévoyance de A et 1/2 A.................	13.464 13	
Réserves de prévoyance de B et 1/2 B.................	24.097 95	37.562 98
Réserves pour fluctuation de cours des valeurs..................................		589 13
		242.534 21
Caisse auxiliaire..........................		3.615 25
		246.149 46

Actif.

Valeurs diverses au cours du 31 décembre 1905..................................		241.375 »
Espèces à la Société générale..	4.248 70	
— en Caisse.............	525 70	4.774 46
Total................		246.149 46

J'en viens maintenant à l'examen de différentes questions ne concernant plus à proprement parler l'inventaire.

Quoique l'Amicale ait déjà enregistré le total considérable de 64.507 journées de maladie (dont 30.268 à 10 fr. par jour et 34.239 à 100 fr. par mois, quoique les journées de participation soient au nombre de 2.379.380, ce qui représente 6.518 années, un premier examen ne m'a pas permis de croire qu'il fût actuellement possible de tirer de ces observations une table de morbidité. Mais, l'établissement de cette table sera possible plus tard, grâce à l'excellente tenue des livres et de la statistique de la Société, et elle sera pour l'Amicale, pour le Corps Médical, et pour la Science actuarielle, un document du plus haut intérêt.

Votre secrétaire général m'a demandé d'exprimer une opinion sur les quelques points qui suivent : Je le fais volontiers en restant placé au point de vue de l'actuaire, et en n'oubliant pas que le Conseil d'administration a toute l'autorité et toute la compétence voulues pour les trancher.

1° L'examen médical à l'entrée doit certainement faire l'objet de toute l'attention de la Société : les tarifs ont été basés sur l'hypothèse de risques bien choisis, et, quelque pénible qu'il soit d'évincer un confrère sans doute digne d'intérêt, mais qui n'est devenu prévoyant que trop tard, il faut faire passer avant tout l'intérêt général de la Société et la sécurité de tous. Il ne faut pas oublier, d'autre part, que, par le fait du remplacement de la combinaison B par la combinaison C, tous les risques de maladie sont, en somme, traités au tarif A, tandis qu'autrefois un cer-

tain nombre était traité au tarif B qui était plus élevé. Il importe donc de maintenir et d'augmenter encore si possible, la surveillance à l'entrée,

2° Les frais d'administration, minimes au début, se sont accrus par la suite d'une façon assez sensible : il faut voir là d'abord une conséquence du développement de la Société, ensuite peut-être aussi de la négligence d'un certain nombre de sociétaires compliquant, sans aucun profit pour eux, et au détriment de la Société, le travail du trésorier et du secrétaire général. Les tarifs actuels, quoique établis sans intervention de frais d'administration, ont cependant permis de les supporter, il n'y a donc pas non plus à modifier sur ce point, mais il faut souhaiter pour le bien commun que la négligence des sociétaires passe à l'état de souvenir.

3° La question des cures thermales préventives soulève à peu près chaque année des discussions qui se sont d'ailleurs toujours terminées de la même façon. J'y joindrais volontiers la question de la demi indemnité maladie pour demi-incapacité de travail, et je répondrais pour l'une et l'autre que, tranchées dans un sens autre que celui adopté par le Conseil d'administration et par l'Assemblée générale, elles me paraîtraient ouvrir la porte toute grande aux abus.

Quant aux cures thermales en particulier, je vois derrière elles, sans rien dire encore, arriver doucement la cure d'air et la cure marine, incontestablement fort utiles en été pour éviter les maladies de l'hiver suivant.

Enfin, et ce document a sa valeur, le résultat même de l'inventaire prouve que la règle de conduite suivie a été la bonne. Arriver en bonne situation financière avec un excédent appréciable mais non exagéré, c'est prouver que l'on a toujours maintenu l'accord entre les recettes et les dépenses, entre le tarif et les risques courus.

4° La question de l'assurance des femmes revient souvent, elle aussi ; on ne peut que rappeler à ce propos deux conditions auxquelles doit satisfaire l'assurance pour être possible dans de bonnes *conditions* : tendre à la réparation d'un dommage 1° : facile à constater, 2° causant une perte pécuniaire nettement établie. Ces deux conditions ne paraissent pas parfaitement établies pour les femmes qui ne contribuent pas directement par leur travail aux gains du ménage.

5° Aux termes de l'article 12 des statuts, tout sociétaire qui quitte la France perd momentanément ses droits à l'indemnité pendant son absence, mais les statuts ne précisent pas ce qui se passe au retour. En cas d'absence de courte durée, cela n'a pas d'importance, mais en cas de séjour prolongé dans des pays lointains et souvent malsains, le sociétaire ne me paraît pouvoir être repris qu'après une nouvelle visite médicale, mais alors on lui ferait verser non pas les termes échus de sa cotisation mais, simplement la différence des réserves mathématiques avant son départ et après son retour.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Em. Fleury.

Le coup d'œil rétrospectif jeté sur la marche de l'Association Amicale depuis sa fondation. nous montrait que cette marche avait toujours été régulièrement ascendante — l'inventaire général, opéré dans des conditions qui défient toute contestation, montre que la situation est excellente.

Les Associés actuels ne peuvent que se réjouir de ce double résultat, et les Confrères, que je ne sais quelle crainte a pu retenir encore, pourront se rassurer et adhérer, sans crainte, à une œuvre qui a déjà fait tant de bien.

En terminant, je tiens à bien faire remarquer que si, pour l'appréciation régulière de la situation de l'Association, il a fallu établir des comptes séparés pour chacune des combinaisons, il ne s'en suit aucunement que ces comptes soient indépendants l'un de l'autre : il n'y a qu'une seule caisse générale, servant de garantie à la totalité des sociétaires.

Le Trésorier,

A. Gassot.

Rapport statutaire annuel du secrétaire général.

Chers confrères,

Vous vous rappelez qu'à l'assemblée générale dernière, votre Conseil vous a proposé de remettre après l'inventaire l'étude de quelques modifications de nos statuts demandées par un très petit nombre de sociétaires.

La raison de cette remise était bien simple. Il eût été de la dernière imprudence d'apporter à nos statuts la moindre modification pouvant avoir un retentissement budgétaire avant de savoir comment s'équilibraient nos finances. Il était bien plus logique d'attendre le résultat du travail de notre actuaire si dévoué, M. Fleury, et de n'agir que d'après les conclusions qu'il nous donnerait. Restant sourds aux exhortations des plus pressés, c'est ce que nous avons fait, et les évènements nous ont donné raison.

En effet, nous avons demandé à M. Fleury de nous donner son avis non seulement sur l'état de nos finances, mais aussi sur la possibilité, sur l'opportunité des modifications si énergiquement réclamées par trois ou quatre confrères et que notre actuaire a bien voulu étudier avec le soin et la compétence que vous lui connaissez.

Vous aurez tous lu le rapport de M. Fleury, quand vous serez réunis.

Vous y aurez vu que, si notre situation financière est très satisfaisante, elle n'est en somme que ce qu'elle doit être pour la bonne marche de notre Association. La plus-value constatée dans la réserve mathématique de chaque combinaison prouve surtout : 1° que les calculs de M. Léon Marie avaient été établis avec le plus grand soin et avec une prévoyance digne de tous les éloges. Ceci dit, pour répondre à ceux qui trouvent encore ou la prime trop élevée, ou l'indemnité trop basse, etc. ; 2° que votre Conseil d'administration a sagement agi en gérant l'Amicale avec la prudence que vous lui connaissez et qu'on lui a parfois trop durement reprochée, avec une pointe d'égoïsme, d'ailleurs, et non d'esprit mutualiste.

Si donc, nous devons nous réjouir de nous sentir en parfaite sécurité avec notre réserve, notre enthousiasme ne doit pas aller jusqu'à nous faire départir de notre vieille circonspection et nous devons résister, de toutes nos forces, au désir instinctif que nous aurions nous-mêmes d'accepter toute modification statutaire pouvant

entraîner soit une augmentation de dépenses, soit une diminution de recettes.

Voilà pourquoi, avec M. Fleury, nous ne vous proposerons, ni l'augmentation de l'indemnité, ni la diminution de la prime, ni la demi-indemnité pour demi-incapacité, ni l'admission à l'Amicale des femmes des sociétaires, ni la dérogation demandée par quelques médecins de villes d'eaux (dérogation qui consisterait à leur donner 20 fr. par jour de maladie pendant la saison de travail en leur supprimant toute indemnité pendant la saison de chômage); ni enfin le *droit* à la cure thermale préventive.

Pour ce dernier point, nous vous demanderons comme par le passé, de laisser toute latitude au Conseil pour accorder ou repousser les demandes, selon les cas, d'après la règle de conduite que vous avez déjà adoptée dans les assemblées générales précédentes.

Seule, la question des membres de l'Amicale partis résider à l'étranger mérite une solution nouvelle.

Vous savez que l'article 12 des statuts dit : « Tout sociétaire qui quitte la France perd momentanément ses droits à l'indemnité pendant son absence.. » S'il veut les recouvrer à son retour il a été tenu jusqu'ici, soit à continuer à payer sans interruption sa prime-maladie, soit à subir une nouvelle admission avec examen médical.

M. Fleury nous conseille de modifier de la façon suivante cette facon d'agir.

Le confrère qui quitte la France (Algérie et Tunisie comprises, bien entendu) perd ses droits à l'indemnité et cesse de payer sa prime maladie. A son retour, il subit un nouvel examen médical, et, s'il est admis, il aura à verser, non pas la totalité des primes non perçues pendant son absence, mais seulement la réserve mathématique qu'il aurait accumulée, s'il avait payé ses primes, réserve à calculer pour chaque cas particulier, mais toujours bien moins élevée que la somme des primes.

Sa cotisation sera celle qu'il payait avant de quitter la France. Il reste bien entendu que le Conseil se réserve le droit de refuser la nouvelle admission, si le sociétaire revient avec des tares morbides définitives acquises pendant son séjour à l'étranger.

Nous croyons qu'il est inutile de refaire tous nos statuts pour cette seule interprétation de l'article 12.

Nous vous demandons simplement d'adopter la résolution que je viens de vous exposer et votre décision aura force de loi.

Ceci dit, je tiens tout de suite, chers confrères, à vous exprimer la satisfaction qu'éprouve votre Conseil en voyant avec quelle harmonie, quelle régularité, fonctionne l'Administration de notre Association Notre recrutement s'effectue d'une façon absolument satisfaisante : certes, nous pourrions, nous devrions être plus nombreux, beaucoup plus nombreux même, et on comprend mal l'apathie, l'insouciance, l'imprévoyance d'un grand nombre, de jeunes médecins surtout, devant le danger permanent du risque maladie qui les menace à chaque minute, et aussi devant le succès incontestable et incontesté d'une œuvre comme l'Amicale, devant les services inappréciables qu'elle a rendus depuis 12 ans au corps médical français. Mais, il en a toujours été ainsi : le médecin fait tous les jours et instinctivement tant d'altruisme, qu'il semble ne plus lui rester ni temps ni énergie pour penser à lui-même et à sa famille.

Aussi devons-nous nous féliciter d'avoir dépassé la moyenne annuelle des admissions obtenues jusqu'ici, d'avoir atteint le chiffre de 110 membres nouveaux depuis un an, étant donné surtout que nous avions déjà réuni d'emblée sous la même bannière à peu près tout ce que le corps médical d'hier comptait de prévoyants.

Ce résultat, nous le devons aux services rendus, mais surtout à l'active propagande faite un peu partout par nos sociétaires et nos *Correspondants*.

Sous ce rapport, votre secrétaire général n'a qu'à se louer des excellentes relations qu'il entretient avec tous, et il tient ici à exprimer au nom du Conseil tout entier ses plus chaleureux remerciements à tous les camarades qui l'aident dans sa tâche, soit comme agents de propagande, soit comme contrôleurs et examinateurs.

S'il me fallait citer tous ceux à qui l'Amicale doit une profonde reconnaissance, la liste prendrait des proportions démesurées. Laissez-moi seulement signaler à vos remerciements et à vos applaudissements quelques noms qui me viennent au hasard de la plume, les Saquet, les Lop, les Levraud, les Cornet, les Peyres, les Vauriot, les Coze, les Leriche, les Cénas, les Verhaeren, les Crouillebois, les Piot, les Delbès et tutti quanti... à l'activité desquels est due la vitalité de notre association : laissez-moi vous dire aussi de ne pas oublier dans vos applaudissements l'Association générale des Médecins de France, avec laquelle nous entretenons toujours les relations les plus cordiales, et qui est déjà venue en aide à plusieurs de nos sociétaires. J'ajoute que beaucoup de Sociétés locales sont maintenant pour nous le véritable centre de propagande et de recrutement. Pour ne pas faire de jalouses, je ne vous en citerai qu'un exemple particulièrement frappant, parce qu'aucun membre de son Bureau pour bonnes raisons diverses n'a pu être des nôtres, ce qui n'a pas empêché son trésorier, M. Bucquet, de m'envoyer il y a quelques jours une douzaine d'adhésions : c'est celle de la Mayenne.

J'ajouterai, en revanche, que, de notre côté, nous rendons quelques services aux sociétés locales et que, par notre propre recrutement, plus d'une a vu le chiffre de ses membres s'élever très rapidement.

Félicitons-nous donc de cette bonne harmonie puisque, en fin de compte, elle n'a qu'un but, qu'un résultat : de venir en aide le plus possible aux camarades qui crient : au secours !

Pourquoi faut-il donc que, soit par un esprit particulariste regrettable, soit par une inertie incompréhensible, quelques Sociétés locales (oh ! très rares !) persistent à sembler ne pas nous connaître, je dirai même parfois à nous gêner ? Je ne veux pas insister sur ce léger point noir. J'aime mieux faire appel encore une fois à l'inlassable bonne volonté de tous et vous demander de rivaliser d'efforts, de persévérance et d'éloquence dans la propagande que vous pourrez faire, chacun dans votre petit rayon. Ne perdez jamais une occasion de parler de l'Amicale quand vous vous trouverez entre confrères, soit dans l'exercice journalier de la profession, soit dans les réunions syndicales et dans les assemblées des

Sociétés locales, soit même à l'occasion de réunions extra médicales. Sachez bien qu'il n'y a pas d'efforts perdus, et que votre zèle non seulement aidera à la prospérité de notre chère Amicale, mais surtout trouvera sa récompense dans le résultat final obtenu par la totalisation des efforts de chacun, dans le but que nous cherchons tous: l'amélioration du sort du médecin français par la prévoyance et la solidarité.

Allons, chers Confrères, un bon effort, et dans un an si vous le voulez vigoureusement, nous fêterons notre 1500e membre.

Le Secrétaire Général,
H. Mignon.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CHIRURGIE CLINIQUE

Les tumeurs blanches,

Par le Dr Tissot,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chambéry.

Cliniquement démontrée par Bonnet de Lyon, soupçonnée par Bazin et Rokitansky, établie microspiquement par Koster (1869) et Cornil (1870) qui trouvèrent dans les fongosités articulaires des nodules tuberculeux, corroborée par la découverte du bacille de Koch, la nature tuberculeuse des arthrites chroniques fongueuses ou tumeurs blanches ne fait maintenant doute pour personne. Lannelongue démontra qu'au début on rencontre toujours une ostéite tuberculeuse, l'arthrite vient ensuite et que ce foyer d'ostéite est épiphysaire.

Il est une question qui doit préoccuper le praticien, ce sont les rapports du traumatisme et de la tuberculose, et en particulier des tumeurs blanches. Dans beaucoup de cas l'ouvrier atteint d'une ostéo-arthrite chronique fait remonter son affection à un traumatisme, ce qui, au cas où cela serait établi, le ferait bénéficier de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents. Un traumatisme peut-il faire naître une tumeur blanche ? peut-il influencer dans un mauvais sens la marche d'une tumeur blanche préexistante ? peut-il chez un bacillaire latent localiser l'affection sur le point traumatisé ? Le traumatisme bat le rappel de la tuberculose, disait Verneuil, dans un langage imagé, mais peu exact au point de vue scientifique. Les expériences de Max Schuller, qui était arrivé à produire des arthrites infectieuses chez des animaux auxquels il injectait des produits impurs (crachats tuberculeux) et dont il traumatisait les articulations, ne sont nullement démonstratives; car d'autres microbes pathogènes : streptocoques, staphylocoques. etc. étaient inoculés en même temps que le bacille de Koch.

Les premières expériences réellement scientifiques ont été faites par Lannelongue et Achard, qui ont inoculé des cultures pures de bacilles de Koch à des animaux et ont traumatisé leurs articulations à une époque variable après l'inoculation. Toujours ils ont obtenu un résultat négatif au point de vue de la tuberculose. Donc le traumatisme ne peut créer de la tuberculose dans un tissu sain.

Petrow fit de nouvelles expériences dont il résulte : 1° une chose déjà connue, c'est que la présence de bacille tuberculeux peut rester latente et ne se manifester par aucun signe clinique.

2° Que, lorsqu'une articulation est le siège de lésions bacillaires latentes le traumatisme aggrave la lésion.

Des discussions qui eurent lieu au Congrès de la tuberculose d'octobre 1905, et du rapport de Villemin a ce sujet, on peut conclure que le traumatisme simple est incapable de créer une lésion tuberculeuse chez un individu sain. Par contre, il peut activer la marche d'une tuberculose en évolution, ou bien réveiller l'activité d'une tuberculose restée latente jusque-là.

Lorsque le traumatisme active la marche d'une tuberculose en évolution, sa responsabilité est très atténuée, car, en pareille occurence, le sujet atteint est déjà très diminué dans sa capacité de travail du fait de sa tuberculose existante et sa survie est problématique. Il y a cependant là un élément d'aggravation qu'il est juste de soumettre à l'appréciation du tribunal.

Lorsqu'au contraire le traumatisme rend apparente et développe une tuberculose restée silencieuse jusqu'alors, tuberculose latente qui permet au sujet de travailler et de vivre, la responsabilité du traumatisme est tout autre et bien plus grande. Pour apprécier avec justice le préjudice causé, il serait nécessaire de constater l'état de santé du sujet avant l'accident, ce qui est difficile. La question est délicate. Il n'est pas impossible que, lorsque toutes les questions de responsabilité seront connues et appréciées par les patrons, un examen médical ne soit exigé avant d'embaucher un ouvrier. En pareil cas, les tuberculeux valides verraient toutes les portes se fermer devant eux. Nous n'avons pas, nous médecins, à préjuger de ces questions ; mais nous devons les suivre attentivement.

En somme, il résulte de cet aperçu que la tuberculose traumatique, pour se développer, nécessite la présence d'un foyer tuberculeux antérieur et la présence de bacilles dans le sang. Lorsqu'une tumeur blanche paraît être consécutive à un coup, c'est qu'avant le trauma l'articulation était déjà atteinte d'arthrite tuberculeuse ayant eu des symptômes temporaires fugaces et passant inaperçus. Lannelongue regrette à ce sujet que les tuberculoses osteo-articulaires ne soient pas douloureuses au début, ce qui permettrait de les diagnostiquer et de les guérir, et, en cas d'accident, d'en faire le diagnostic rétrospectif.

Un grand nombre de tuberculeux même avancés se font d'ailleurs des traumatismes sans dommage pour eux. J'en ai observé un cas des plus nets. Un jeune homme de vingt-deux ans, que j'avais soigné pour une tumeur blanche grave du genou droit, guérit avec une ankylose complète du genou en deux ans. Dans le cours de la troisième année, alors qu'il marchait depuis six mois, il fait une chute dans un escalier et se fracture le tibia droit à la partie supérieure. Cette fracture se consolida en deux mois sans accidents et ne détermina pas une nouvelle poussée d'arthrite. Et cepen-

dant là tout était bien réuni pour amener une récidive. Depuis 10 ans ce jeune homme continue à travailler et à se bien porter.

Quand on se trouve en présence d'une arthrite chronique fongueuse, plusieurs questions sont à résoudre :

1° S'agit-il là cliniquement d'une simple tuberculose locale ou bien d'autres organes sont-ils envahis ? Examiner successivement tous les organes, surtout les poumons et l'appareil rénal.

L'existence de lésions pulmonaires ou rénales doit peser souvent dans les déterminations à prendre, sans pourtant commander l'abstention.

2° Quelles sont dans l'articulation les parties atteintes ? Examiner si la synoviale est prise, si les os voisins sont atteints, si les gaines tendineuses sont malades, s'il n'y a que des fongosités, s'il existe des abcès, sont autant de points à élucider. Le diagnostic de tumeur blanche d'origine osseuse ou de synovite fongueuse ne peut se faire qu'au début. A la fin les deux affections se confondent. Lannelongue a établi que toujours le point de départ était osseux ; mais, en clinique, il est certain que tantôt on note un envahissement osseux considérable, tantôt une progression du côté de la synoviale.

Au point de vue thérapeutique, il faut instituer un traitement général et un traitement local. Le traitement général est le même que celui de toutes les tuberculoses et repose sur le trépied : aération permanente, repos et suralimentation ; accessoirement dans l'administration de préparations au phosphate de chaux, d'huile de foie de morue, etc. Les eaux salines (Salins-Moutiers, Salies-de Béarn) rendent de réels services dans le traitement de la tuberculose articulaire et en général dans celui de toutes les tuberculoses locales à marche lente ; mais elles ne valent pas les stations maritimes. Le séjour au bord de la mer donne d'excellents résultats dans les tuberculoses locales à forme torpide. C'est dans la tuberculose ganglionnaire et osseuse qu'il donne les meilleurs ; il pourra être employé avec avantage, même dans les lésions avancées. Les stations que je préfère à ce point de vue sont celles de l'Océan, leur action étant plus énergique que celle des eaux méditerranéennes.

Un traitement récent, dont le promoteur fut Bernhard, en 1900, consiste dans l'application de l'héliothérapie aux tuberculoses chirurgicales. L'altitude intervint aussi comme rénovateur puissant de l'état général. Depuis quelques années, le Dr Rollier a installé à Leysin une clinique destinée exclusivement au traitement des tuberculoses chirurgicales. Le traitement consiste dans l'exposition directe au soleil de la région atteinte, bain de soleil de durée variable. Sous l'influence de l'altitude, de la radiation solaire, qui a une action bactéricide et sclérosante, les plaies fistuleuses se cicatrisent rapidement. Le Dr Reboul, de Nîmes, qui, depuis 4 ou 5 ans, traite ses tuberculoses locales par l'héliothérapie, en a obtenu d'excellents résultats. C'est en tous cas un traitement inoffensif, que l'on peut essayer dans toute région et combiner à d'autres moyens.

Le traitement local est des plus importants. Celui auquel la majorité des chirurgiens s'est arrêté consiste dans l'emploi des révulsifs combiné avec l'ancienne méthode de Scott plus ou moins modifiée.

En premier lieu il faut immobiliser l'articulation. Le principe de l'immobilisation rigoureuse et complète dans le décubitus horizontal a été nettement affirmé par Lannelongue au Congrès de la tuberculose de 1905 et posé comme règle intangible. Cette immobilisation devra être de longue durée et ne devra cesser que lorsque la guérison aura été constatée depuis un mois ou deux ; c'est-à-dire lorsque l'articulation sera revenue à son volume normal et qu'elle ne sera plus le siège de douleurs soit spontanées soit provoquées. Bien prévenir les malades et leur entourage que l'ankylose est une des meilleures terminaisons de la tumeur blanche, sans quoi on ne manquera pas de mettre cette ankylose sur le compte de l'immobilisation.

Il n'est pas interdit d'espérer le rétablissement complet des fonctions du membre après la guérison d'une tumeur blanche ; j'en ai observé plusieurs cas, l'un entre autres chez une fillette de 10 ans, qui s'est mariée récemment, que j'ai traitée pour une tumeur blanche du genou droit avec abcès et qui guérit radicalement en trois ans avec retour complet des mouvements. Cette terminaison heureuse se voit surtout chez les enfants ; elle est des plus rares chez l'adulte.

Si le membre, au début du traitement, a une attitude vicieuse, endormir le malade, redresser et immobiliser dans la position où il rendra le plus de services ; ainsi, pour le membre inférieur, immobiliser dans l'extension, pour le membre supérieur dans la demi-flexion. Au membre inférieur il faut apporter une grande attention pendant le redressement, car il est facile de faire un décollement épiphysaire de la tête du tibia en redressant la jambe avec un peu de force ; ce décollement se traduit de suite par la forme en baïonnette que prend le genou. La douleur est une autre indication d'une immobilisation absolue.

Employer les révulsifs. A ce titre, les pointes de feu appliquées soit avec le thermo-cautère Paquelin, soit avec le cautère actuel, constituent un excellent moyen. Le professeur de Saint-Germain préférait le cautère actuel qui rayonne davantage et a une action plus puissante. Le chirurgien de l'Hôpital des Enfants, dont j'ai suivi longtemps le service, procédait de la façon suivante : il commençait par anesthésier le malade, puis avec le cautère en rondache porté au rouge sombre il faisait cinq ou six raies de feu : la première partageant le genou en deux et dépassant en haut le cul-de-sac supérieur, et en bas le cul-de-sac inférieur ; les deux autres, de chaque côté, à deux centimètres de la première, et deux autres sur les parties latérales du genou. Ces raies de feu allaient jusqu'au derme. Prenant alors le cautère olivaire porté au rouge, il appliquait dans le fond de chaque raie une vingtaine de pointes de feu. Puis il saupoudrait de poudre d'amidon et faisait de la compression ouatée.

Lucas-Championnière emploie les cautérisations superficielles faites avec le couteau du thermo-cautère et il couvre non seulement la région articulaire, mais aussi les régions voisines ; pour le genou, par exemple, il prend le tiers inférieur de la cuisse et le 1/3 supérieur de la jambe en ménageant pourtant le creux poplité.

D'autres chirurgiens font des cautérisations profondes dépassant le derme et ayant pour but d'aller détruire directement les fongosités. Ces cautérisations profondes sont bonnes lorsqu'il y a des masses fongueuses très volumineuses, qu'il

existe des trajets fistuleux, mais elles sont douloureuses, amènent souvent un écoulement sanguin. Avant de les appliquer, il faut faire une antisepsie soignée de la région. Les pointes de feu doivent être appliquées en moyenne tous les 20 jours ou tous les mois.

Combiner l'usage des mercuriaux et de la compression ouatée. La méthode de Scott ne comprenait que l'emploi de ces deux moyens. On se sert généralement d'onguent napolitain dédoublé. La pommade employée par Scott était la suivante :

Cérat de savon..................	30 grammes
Onguent mercuriel double...	30 grammes
Camphre pulvérisé..........	4 grammes

On peut employer la formule suivante :

Onguent napolitain..........	50 grammes
Axonge......................	50 grammes

Cette pommade est étendue en couche épaisse sur un morceau de flanelle ou de lint taillé suivant les dispositions de l'articulation et assez grande pour dépasser de deux travers de doigt les limites du mal. Il ne faut pas ménager la pommade; les accidents d'intoxication sont exceptionnels et les tuberculeux supportent admirablement le mercure. Le linge enduit de pommade est appliqué sur l'articulation couverte de pointes de feu sans aucun intermédiaire et l'enveloppe complètement ; par dessus on établit des couches d'ouate successives en enveloppant tout le segment inférieur du membre. La quantité d'ouate employée doit être considérable. Quand le membre est bien matelassé d'ouate, on applique par dessus une bande en toile que l'on serre aussi fortement que possible. Puis le malade est placé dans son lit. S'assurer par les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure que la compression n'est pas trop forte. Trois jours après, revoir le malade et appliquer une nouvelle bande par dessus l'ancienne, qui se sera un peu relâchée. Faire de même tous les huit jours. Au bout du mois on défait l'appareil et, suivant l'état de l'arculation, on recommencera la même série d'opérations. Dans le cas où l'on juge utile de joindre l'immobilisation à la compression, on applique, par dessus la bande en toile, une ou deux bandes en tarlatane trempées dans le silicate de potasse ou une attelle plâtrée.

Ce traitement donne d'excellents résultats à condition d'être bien appliqué et d'être employé longtemps : un an et plus.

Lorsque la tumeur blanche est compliquée d'abcès, il ne faut ouvrir ces abcès que la main forcée pour ainsi dire et lorsque la peau menace de se perforer. Souvent les petites collections purulentes, sous l'influence du traitement que j'ai cité, se résorbent. Si l'on est obligé d'en venir à l'ouverture, ouvrir de préférence au thermo-cautère; bien désinfecter la cavité purulente et en cautériser les parois avec une solution au chlorure de zinc à 10 °/₀ ; puis appliquer le traitement ordinaire ; il n'y a aucun inconvénient à ce que la pommade mercurielle touche les bords de la plaie d'incision. Dans ce cas, changer le pansement dès qu'il sera souillé.

Lorsqu'il y a des trajets fistuleux, on peut les traiter par la cautérisation au thermo-cautère, ou les injections d'éther iodoformé à 5 p. °/₀, qui ont l'inconvénient d'être un peu douloureuses. On a préconisé aussi les injections de naphtol camphré dans les trajets fistuleux ou en injections interstitielles avec la seringue de Pravaz (2 à 10 gouttes.)

Naphtol B.............	50 grammes.
Camphre..............	100 grammes.

Dans la séance du 11 mai 1904, le Dr Guinard communiqua à la Société de chirurgie un cas de mort à la suite d'injection de naphtol camphré dans des ganglions sus-claviculaires tuberculeux. Dans les recherches qu'il fit à ce sujet il trouva cinq cas de mort rapide et 14 cas d'accidents graves à mettre au compte du naphtol camphré injecté à la dose moyenne de 10 à 20 et 25 centimètres cubes ; et Forgue cite même un cas où il eut des accidents à la suite de l'injection d'un demi-centimètre cube dans le trajet fistuleux du genou. Il faut donc considérer le naphtol camphré comme très toxique et en rejeter absolument l'emploi malgré la vogue qu'il a eue.

Le traitement de la tuberculose de l'articulation coxo-fémorale comprend en outre l'application de l'extension continue. Cette extension peut être faite de la même façon que pour les fractures de cuisse (appareil au diachylon de Tillaux); elle doit être continuée tant qu'il y a de la douleur, dont elle est le meilleur calmant, et combinée avec la médication topique ordinaire. Lorsque la hanche ne sera plus douloureuse on appliquera des appareils immobilisateurs.

Une méthode nouvelle, due au professeur Lannelongue, a donné d'excellents résultats à tous les chirurgiens qui l'ont expérimentée, c'est la méthode sclérogène.

On commence par injecter l'intérieur de l'articulation avec le liquide suivant :

Huile stérilisée.........	90 grammes.
Iodoforme..............	10 grammes.
Créosote...............	2 grammes.

et on en laissera dans la jointure une quantité équivalant à 3 grammes d'iodoforme.

Cinq ou six jours après, on pratique les injections sclérosantes avec du chlorure de zinc à 1 p. 10. Voici comment Lannelongue décrit le manuel opératoire :

« Un certain nombre de piqûres sont nécessaires et pour une jointure comme celle du genou d'un enfant de 12 ans, par exemple, on peut injecter 30 ou 40 gouttes de la solution précédente et même davantage. Chez un adulte, on peut en injecter facilement 60 gouttes suivant l'intensité et le développement des tissus fongueux

J'ai dit qu'il convenait d'injecter sur l'os, au pourtour des fongosités. Prenons par exemple, un genou avec des fongosités formant un anneau autour de la rotule et s'étendant plus ou moins loin du fémur en haut, et sur le tibia en bas. On fixera avec soin la limite des fongosités, et c'est à cette limite en dehors qu'on fera l'injection. On poussera l'aiguille de la seringue obliquement à travers les tissus sains, de manière à ce que l'extrémité pointue de l'aiguille arrive sur le fémur à peu près à la limite des fongosités. Et lorsque l'aiguille arrivera sur l'os à ce niveau, on y déposera trois gouttes environ de la solution et on retirera l'aiguille pour recommencer à côté une nouvelle piqûre et faire une seconde injection semblable. Cette seconde piqûre sera à deux ou trois centimètres environ de la première ; on laissera encore trois gouttes de la solution. Et ainsi de suite tout autour des fongosités.

On fera identiquement la même chose sur les fongosités au-dessous de la rotule. Je recommanderai, lorsqu'on fait l'injection, que la pointe de l'aiguille repose sur l'os, en d'autres termes qu'on dépose les liquides sur la surface de l'os. »

A la suite de ces injections il se fait une réaction phagocytaire intense, et un gonflement considérable, qui dure un certain nombre de jours, et après avoir augmenté pendant deux ou trois jours, décroît et disparaît en 8 à 12 jours. Dès le second ou troisième jour, faire de la compression ouatée. On peut revenir à ces injections une ou deux fois si la chose est nécessaire. La hanche et l'épaule, à cause de leur profondeur, ne peuvent être soumises à cette méthode.

A l'aide de ces différents moyens, surtout si on les applique dès le début, on guérira la grande majorité des tumeurs blanches. Mais, dans certains cas, la maladie progresse quand même, des abcès se forment, des trajets fistuleux s'établissent donnant lieu à un écoulement purulent abondant, qui épuise les malades ; ou bien encore les sujets atteints de tumeurs blanches ne viennent consulter le chirurgien qu'à une période avancée de leur affection lorsque l'articulation tout entière est envahie et suppurée. Alors il faut songer à une intervention chirurgicale. En principe, il faut être très sobre d'opérations chez l'enfant et toujours se rallier chez lui aux méthodes conservatrices. Au-delà de 40 ans, au contraire, je pense qu'il faut être plus radical et pencher plus souvent pour l'amputation, les méthodes conservatrices ne donnant que de piètres résultats.

Trois opérations peuvent être pratiquées pour les tumeurs blanches : l'arthrectomie, la résection, l'amputation.

Plusieurs procédés ont pour but de détruire toutes les fongosités en respectant le squelette. Vincent, de Lyon, pratique l'arthrotomie ignée ; il ouvre l'articulation au thermo-cautère et détruit toutes les parties malades au fer rouge. D'autres chirurgiens ouvrent l'articulation au bistouri, et enlèvent autant que possible toutes les fongosités et la synoviale. L'arthrorexis de Lefévant et l'arthrectomie de Volkmann tendent à ce but.

Voici la description que donne Richelot d'une opération d'arthrectomie pratiquée sur le genou :

« 1° Section de la rotule à la scie, pour qu'il soit possible de la reconstituer ultérieurement par la suture, car avec ses attaches tendineuses elle devient le point de départ de la reconstitution articulaire.

2° Dislocation articulaire, section de tous les ligaments en avant et sur les côtés : examen attentif des parties malades permettant de prendre un parti entre l'arthrectomie et la résection.

3° Détruire tous les culs-de-sac de tissus articulaires.

4° Poursuite des fongosités dans les tissus voisins.

5° Reconstitution de la jointure après désinfection soignée, suture de la rotule avec de gros fils de catgut et rapprochement des parties molles à l'aide de nombreux catguts périphériques. » (*Société de chirurgie*, nov. 1890).

L'arthrectomie est une opération économique. Pour qu'elle puisse être pratiquée, il faut que la synoviale seule soit malade, ce qu'il est très difficile de savoir même après l'ouverture de l'articulation. Elle constitue de ce chef une opération incomplète et expose à laisser dans les têtes osseuses des lésions ignorées, qui évolueront plus tard. Et l'on sait, depuis que Lannelongue l'a prouvé, que toujours il y a lésion osseuse préexistante. Elle a pour but final l'ankylose, mais l'ankylose sans raccourcissement, ce qui est une mauvaise chose pour la marche. En outre, on s'expose en la pratiquant, à des inoculations multiples, et, de fait, les cas de généralisations rapides sont assez fréquents après les opérations économiques telles que l'arthrectomie. Les suppurations prolongées qu'elle donne chez les enfants, l'ankylose tardive, la possibilité de laisser ignorées des lésions tuberculeuses osseuses, le peu d'avantages en somme qu'elle présente sur la résection restreignent beaucoup les indications de l'arthrectomie. Aussi la majorité des chirurgiens lui préfèrent-ils la résection, qui donne des résultats très satisfaisants.

On a abusé, à une certaine époque, de la résection, surtout en Allemagne. Comme toujours on est allé trop loin dans la réaction. Chez les enfants la résection donne de mauvais résultats parce qu'elle arrête l'accroissement du membre et qu'au bout de quelques années on finit par avoir un membre inutilisable. Aussi chez les enfants, le traitement conservateur et les opérations partielles : évidement, curetage, sont à préférer. Mais, chez les adultes, lorsque les poumons et les reins sont sains, la résection donne des résultats très satisfaisants. J'ai fait, il y a trois ans, deux résections du genou : la première chez un jeune homme de 18 ans ; la seconde chez une jeune fille de 20 ans. Ces deux opérés guérirent en six mois et purent marcher sur un membre solide, après avoir fait usage d'un appareil orthopédique pendant un an. Il est bien certain que, malgré le raccourcissement du membre et l'ankylose, ces deux opérés préféraient la conservation de leur membre à l'amputation. Chez les tuberculeux qui ont dépassé la quarantaine, au contraire, les résultats sont plus aléatoires. J'ai pratiqué une résection de l'épaule chez un tuberculeux de 45 ans, qui avait des lésions pulmonaires très légères. La guérison mit près de deux ans à se faire. Trois résections du coude que je pratiquai chez des tuberculeux de 45 à 55 ans me donnèrent de très mauvais résultats : deux moururent dans les trois premiers mois et le troisième un mois après l'opération. La résection demande, de la part du sujet, une assez grande somme de résistance, car elle met longtemps à guérir.

Quand les désordres articulaires sont trop grands, que les lésions sont très étendues, que l'état général devient mauvais, que le traitement conservateur a échoué, il faut avoir recours à l'amputation qui guérit vite, supprime les souffrances et permet à l'état général de se remonter assez rapidement. L'existence de lésions pulmonaires et même rénales n'est pas une contre-indication absolue à l'opération. Je me souviens avoir amputé de la jambe un homme de 40 ans, atteint d'une tumeur blanche tibio-tarsienne. Il présentait en même temps une infiltration tuberculeuse des deux sommets et de l'albuminurie avec crises éclamptiques. L'état de ce malade paraissait très précaire et cependant j'eus un résultat excellent. La plaie opératoire se réunit par 1re intention ; les lésions pulmonaires ne s'aggravèrent pas et sous l'influence du régime lacté, l'état des

reins s'amenda beaucoup. Cette opération date de 1890 ; deux ans après, l'opéré fut atteint d'ostéite tuberculeuse du médius droit. J'ai suivi ce malade pendant trois ans, puis je l'ai perdu de vue.

Où faut-il amputer ? Dans les tuberculoses locales on veut supprimer un foyer infectieux et on a raison ; mais on ne peut avoir la prétention de supprimer l'infection généralisée, qui, à un degré plus ou moins grand, préexiste dans le sang. Il ne faut pas oublier que les tuberculoses locales ne sont que la localisation d'une infection bacillaire apportée par la voie sanguine. Ceci dit, il faut se guider, pour l'amputation, sur l'utilisation ultérieure du membre.

Dans la tumeur blanche tibio-tarsienne, je pense qu'il faut amputer au lieu d'élection. Les opérés guérissent vite et la prothèse de cette amputation est facile. Dans sa communication au Congrès de 1905, le professeur Gangolphe dit que, dans la tumeur blanche tibio-tarsienne, après échec du traitement conservateur, il faut faire la résection par le procédé d Ollier avec ablation de l'astragale et conservation des malléoles, et qu'au cas où coexistent des lésions pulmonaires, mieux vaut faire l'amputation sus-malléolaire. Peut-être chez les gens aisés l'amputation sus-malléolaire est-elle préférable ; mais je crois que chez le travailleur l'amputation au lieu d'élection vaut mieux et que l'opéré marchera mieux sur son genou avec un bon pilon.

Dans la même communication, le professeur Gangolphe, qui a depuis longtemps fait une étude approfondie de ces questions, établit que, dans la tumeur blanche sous-astragalienne ayant débuté par l'astragale et le calcanéum, il faut pratiquer l'astragalectomie et, au-dessus de 30 ans, la désarticulation tibio-tarsienne sous-périostée ; que dans la tumeur blanche médio-tarsienne il *faut faire la tarsectomie antérieure* totale en enlevant le cuboïde et les trois cunéiformes ; qu'au dessus de 30 ans la désarticulation tibio-tarsienne est préférable.

Au même Congrès, le Dr Ménard, de Berk, parlant de la tuberculose du tarse, préconise le traitement conservateur avec injections de chlorure de zinc toutes les fois que la lésion n'est pas suppurée ; la ponction des abcès avec ou sans injections modificatrices ; lorsqu'il y a fistulisation persistante, l'évidement partiel ou total de l'os atteint avec conservation de ses parties cartilagineuses, et enfin, dans les formes complexes, l'ablation des parties ou de tout le tarse.

Je crois que, dans le jeune âge, il faut être très conservateur, que dans l'âge adulte on peut encore faire des opérations économiques ; mais que plus le sujet est âgé, et surtout lorsqu'il y a des lésions pulmonaires, il faut être de plus en plus radical. On obtient d'excellents résultats dans le jeune âge avec les opérations économiques. Je me souviens avoir évidé tout le calcanéum et une partie de l'astragale à un enfant de 10 ans à trois reprises dans l'espace de deux ans. Cet enfant aujourd'hui a 20 ans et il travaille, sans boiterie, avec un pied solide qui ne lui occasionne aucune gêne.

En résumé, dans le traitement d'une tumeur blanche, se conformer à la règle suivante : commencer par le traitement conservateur sur lequel on devra d'autant plus insister que le sujet est plus jeune. Chez les tout jeunes enfants il suffit toujours. A partir de 7 à 8 ans on s'adressera surtout aux opérations économiques : évidemment, curetage, cautérisations de fistules ; plus tard à la résection. Chez les adultes il faut être moins temporisateur.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du traitement des plaies, en particulier des plaies atones et des ulcères diathésiques.

En présence d'une plaie, de quelque caractère qu'elle soit, le parti le plus sage sera de laver largement la région, de la débarrasser avec soin des corps étrangers, s'il y en a, puis d'appliquer sur la plaie une bonne épaisseur de compresses imbibées d'un liquide antiseptique, et maintenues par de l'ouate, du taffetas imperméable, et une bande mollement serrée.

Si le blessé est de constitution vigoureuse, s'il ne présente aucune tare morbide, la guérison pourra survenir presque sans suppuration, à la condition toutefois de ne point user d'antiseptiques irritants.

Mais, si la cicatrisation des plaies survient sans encombre chez les individus en bon état de santé, il n'en est plus de même chez ceux qui présentent un état constitutionnel défectueux, une manifestation diathésique, une nutrition viciée arthritiques, diabétiques, etc.). La résistance des tissus est alors des plus affaiblies, les éléments anatomiques ne possèdent pas une vitalité suffisante pour réparer la perte de substance, qui revêt un aspect atone, persiste et devient ulcère.

En pareil cas, l'embarras est grand, car, trop souvent, malgré des greffes, des raclages, des topiques variés, on n'obtient nulle cicatrisation.

Bien des praticiens se sont cependant appliqués à la recherche de moyens efficaces de traitement : c'est ainsi que le Dr Reboul, de Nîmes, a préconisé, au Congrès de Chirurgie, l'emploi de feuilles d'argent comme mode de pansement ; que le Professeur Van der Hoewen a eu recours à une sorte d'embaumement des plaies, qu'il imprègne de baume du Pérou ; que les docteurs Bernhard et Bloch conseillent l'exposition des plaies anciennes à la lumière du jour.

Or, quelle que soit la valeur de ces procédés, il résulte d'observations multiples, relevées par divers chirurgiens, que la cicatrisation de ces plaies atones peut être toujours obtenue, et de façon plus pratique et plus rapide, grâce à une substance déjà réputée pour d'autres emplois : le Gomenol, appliqué sous forme d'abord d'huile gomenolée à 50 % ou d'onguent, puis de Gomenol pur.

Si nette est son action cicatrisante que, dès les premiers pansements, les éléments anatomiques se modifient et reprennent vigueur ; on voit bientôt l'ulcération prendre un aspect de bonne nature, se recouvrir de bourgeons rosés et s'entourer d'un liseré épidermique qui envahit et rétrécit progressivement sa surface. La rapidité de cette cicatrisation est d'autant plus digne de remarque qu'elle est de règle, alors même que la déchéance organique est fortement accusée, comme par exemple, chez de vieux diabétiques, chez des syphilitiques tertiaires, ou encore dans des cas de scrofulo-tuberculose avec trajets fistuleux.

Les raisons scientifiques qui expliquent et jus-

fifient ces propriétés si précieuses du Gomenol sont de deux ordres. D'une part, le produit possède un pouvoir antiseptique extrêmement puissant, grâce auquel le développement des germes septiques est radicalement détruit au niveau des plaies. Il résulte, en effet, des expériences instituées par M. le Professeur agrégé GUEGUEN, que le Gomenol peut être considéré comme doué d'une véritable action spécifique à l'égard du staphylocoque doré, agent ordinaire des suppurations.

D'autre part, il exerce sur les éléments anatomiques eux-mêmes une action directe qui fait que leur vitalité se réveille et progressivement s'exalte. DUJARDIN-BAUMETZ disait vrai quand il affirmait que le Gomenol est, avant tout, un «modificateur du terrain malade». On voit, en effet, ces plaies atones, ces ulcères torpides, que n'influençaient en rien les pansements les plus variés, immédiatement réagir au contact du Gomenol, et ce contact est en quelque sorte vivifiant : il se forme comme une zone qui échappe à l'influence déprimante et anémiante de la diathèse ; les tissus, jusque-là mal nourris, reprennent leur vigueur normale, la granulation est favorisée, le travail de cicatrisation s'opère.

Ajoutez à cela que la cicatrice obtenue n'est pas seulement indolore et régulière, mais qu'elle est aussi *beaucoup moins apparente* qu'après l'application de toute autre substance. Au lieu de rester blanchâtres, lisses et secs, les tissus reprennent un aspect à peu près normal et, jamais la cicatrice ne forme un stigmate indélébile.

Il résulte donc de ces données que le Gomenol, grâce à sa dualité d'action (*désinfectante et réparatrice*) rendra, comme mode de pansement, les plus signalés services aux praticiens. N'étant ni caustique ni toxique, son emploi n'a pas la moindre contre-indication.

En ce qui concerne la manière de l'appliquer, la meilleure technique est celle conseillée par le Dr MAGE (de Beaulieu, Corrèze), ancien interne des hôpitaux, ancien aide d'anatomie.

1° Lavage antiseptique de la plaie.

2° Arroser la plaie d'huile gomenolée à 50 0/0 sans addition d'aucun liquide.

3° Recouvrir de gaze antiseptique qu'on trempe dans l'huile, puis achever le pansement.

Le Dr Mage a ainsi employé l'huile gomenolée à la suite de diverses interventions chirurgicales et dans un cas d'ulcère tuberculeux de très vieille date (de 7 à 8 ans). Or, déclare-t-il, « j'ai obtenu en quelques jours un résultat qui a dépassé toutes mes espérances ».

Les pansements peuvent être également faits avec de l'onguent au Gomenol, puis, quand la réparation s'achève, avec du Gomenol pur.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Bernay

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE DU 13 OCTOBRE 1906

Lieu de la réunion : Bernay.

Présidence : Mr le Dr PLANEL.

Ordre du jour de la séance :
1° Révision de la loi mutuelle.
2° Rapport des Drs Camescasse et Milon sur la loi accidents ;
3° Projet d'organisation générale des syndicats médicaux par le Dr Bolliet.

Etaient présents : MM. les Drs Agut, Clément, Couderc, Ducosté, Gauvry, Mazier, Mesnil, Planel, Santelli, Saucier.

Etaient excusés : MM. les Drs Bertin, Etable, Halbout, Salnelle.

Le Président met d'abord les membres du Syndicat au courant des faits survenus depuis la dernière seance.

Des visites ont été faites par des confrères au conseiller général de leur canton et à M. le Préfet pour exposer les desiderata du corps médical. Une réunion générale de tous les médecins du département a eu lieu à Evreux le 8 juillet ayant pour objet l'*examen des questions en litige devant le Conseil général* (assistance médicale et vaccinations.) L'entente semble en voie de se faire entre les médecins et l'administration. Les médecins ont décidé cependant de maintenir leurs protestations : « ils ne peuvent accepter de ne faire que cinq visites en moyenne aux assistés, ils n'acceptent pas plus la limitation globale de la somme à payer comme honoraires médicaux ! ! Quant aux vaccinations, ces dernières, nécessitant un déplacement, ne seront faites par les médecins que si le Conseil général accorde une indemnité de déplacement. »

Jusqu'à nouvel ordre, c'est donc dans leur cabinet que les confrères pratiqueront les vaccinations et les revaccinations des personnes soumises à la loi.

A ce propos, le 25 juin, une lettre avait déjà été adressée à tous les maires de l'arrondissement de Bernay les informant que « l'indemnité kilométrique leur ayant été refusée les médecins ne se déplaceront pas pour se rendre dans les communes ».

Dans cette même séance générale a été élaboré un nouveau tarif des opérations concernant l'assistance médicale gratuite.

Enfin, il a été formé dans le département une *fédération des cinq syndicats médicaux* autour desquels se groupent les médecins de l'Eure. Les membres de cette fédération sont les présidents des différents syndicats et un délégué des syndicats par dix membres.

On aborde ensuite les questions inscrites à l'ordre du jour. Etant données leur importance et leur actualité il était entendu depuis la dernière assemblée que les deux sujets connexes (loi mutuelle et loi accidents) feraient l'objet d'une séance. Les membres présents les avaient donc déjà étudiées à l'avance. Aussi, après une courte discussion les votes ont été successivement émis.

1° *Révision de la loi mutuelle*

Dans la réunion du 10 mars 1906, des engagements ayant été pris à la majorité, les conclusions du compte rendu sont maintenues :

« Les membres du Syndicat décident :

1° Que dans leurs relations avec les Sociétés de secours mutuels, ils refuseront à l'avenir de soigner les sociétaires à l'abonnement ;

2° Que les soins seront donnés à la visite suivant le tarif minimum du syndicat et suivant la situation de fortune du mutualiste.

3° Que le Sociétaire aura le libre choix de son médecin.

2° *Rapport des Drs Camescasse et Milon sur la loi accidents.*

Les principales parties du rapport sont lues par le président. A l'unanimité sont adoptées les conclusions soumises à tous les médecins de France, ainsi que celle qui intéressent le cas particulier de Seine-et-Oise. Elles sont d'ailleurs analogues aux observations signalées à l'Union des syndicats médicaux par le Syndicat de Bernay le 4 novembre 1905. Les membres du Syndicat s'empressent donc de signer la décision suivante, qui sera adressée aux rapporteurs d'après le désir exprimé par les confrères de Versailles.

« Les membres du Syndicat de l'arrondissement de Bernay, réunis le 13 octobre 1906, déclarent adhérer entièrement aux conclusions formulées dans le rapport des Drs Camescasse et Milon et les approuve complètement »

Le bulletin d'adhésion du « *Concours médical* » signé par le président sera aussi envoyé.

« Le président du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Bernay affirme que, dans son assemblée générale du 13 octobre 1906, le syndicat a déclaré adhérer entièrement aux conclusions formulées dans le rapport des Drs Camescasse et Milon, les approuver complètement et s'engager à poursuivre, d'accord avec tous les groupements professionnels adhérents à ces conclusions, la réalisation des modifications prévues par ce rapport.

Signé : *Le président du syndicat*

Dr A. Planel.

3° *Projet d'organisation générale.*

Plusieurs membres, après avoir pris connaissance du projet, sont d'avis d'attendre de plus amples renseignements sur les rôles respectifs de l'*Union des Syndicats* qui existe déjà et de l'*Union des fédérations* qui est à créer. Néanmoins, le président et le délégué sont chargés de porter dès maintenant la question devant la fédération des Syndicats médicaux du département de l'Eure.

Avant de lever la séance, le Président fait savoir qu'il a reçu il y a quelques jours sous forme de lettre circulaire un ordre du jour voté par le Syndical médical de Lille et de la région au sujet de la création du *Certificat d'études médicales supérieures.*

Après avoir examiné en détail les considérants et les décisions, tous les membres du Syndicat approuvent l'heureuse initiative que prennent leurs confrères du Nord et leur envoient leur adhésion ainsi conçue ;

« Les membres du Syndicat de l'arrondissement de Bernay, réunis le 13 octobre 1906, après examen de la question relative à la création d'un Certificat d'études médicales supérieures déclarent s'associer à la protestation et adopter les conclusions du Syndicat médical de Lille et de la région tendant à l'abrogation du décret du 25 juillet 1906 qui institue ce nouveau grade ».

Le secrétaire,

Dr Roger Mesnil.

Syndicats des médecins de la Loire-Inférieure.

Séance du 19 juin 1906.

Présidence de M. Ollive, président.

La séance est ouverte à 4 heures 1/4.

Etaient présents : MM. Ollive, Saquet, Voyé, Jalaber, Polo, Luneau, Plantard, Redureau, Guiberteau, Pinel, Cailleau, Guihal, Guérin, Horeau, Léquyer, Faligan, Barthélemy.

Après lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 8 mai, M. le Président lit les nouveaux statuts.

M. Luneau demande que les sanctions soient prononcées par une commission spéciale de trois membres, commission des conflits, nommée à chaque occasion ; après discussion, il est décidé que le Bureau sera chargé de la solution des conflits.

M. Faligan fait observer à propos de l'article 9 qu'il ne sera jamais possible de réunir les deux tiers des membres du Syndicat ; son observation étant trouvée juste, l'article est modifié ainsi qu'il suit :

« L'Assemblée générale qui prononce les dernières pénalités : amendes, exclusions, poursuites judiciaires, doit comprendre au moins le tiers des membres du Syndicat ; si ce nombre n'est pas atteint, la pénalité ne pourra être prononcée que si elle est votée par les deux tiers des membres présents. »

A l'article 10, le mot « région » est remplacé par un plus précis : arrondissement ; un syndic par arrondissement.

M. Guihal fait observer que si le vote par correspondance est interdit, ainsi que l'affirme l'article 11, le Bureau court le risque de n'être nommé que par une infime majorité. On apporte en conséquence cette restriction :

« Sauf pour la nomination des membres du Bureau. »

De l'avis de tous les membres présents, l'amende à infliger aux absents aux deux Assemblées générales obligatoires est fixée à deux francs s'ils présentent une excuse valable, à cinq francs dans le cas contraire.

Le prix de la cotisation est fixée à dix francs *pour tous les adhérents.*

Les confrères Dugas et Fradin sont élus à l'unanimité des membres présents.

M. le Président fait part d'une proposition du Syndicat des Pharmaciens demandant qu'une commission mixte, prise dans les deux Syndicats, soit chargée de régler les conflits qui pourraient s'élever entre médecins et pharmaciens ; les membres du Syndicat approuvent ce projet.

La séance est levée à 5 heures 20.

Le Secrétaire des séances,

P. Mignot.

Syndicat médical de l'arrondissement de Coutances.

Séance de fondation.

Le mardi 6 octobre dernier, bon nombre de médecins de l'arrondissement de Coutances, réunis à l'Hôtel-de-Ville, se sont constitués en Syndicat.

L'assemblée était présidée par notre aimé et vénéré confrère, le Dr Mesnage, de Trelly, un de ces praticiens normands de la génération et du type même de Tillaux, et dont la loyale et forte physionomie, ainsi que la sympathie pour les jeunes et les idées nouvelles, honorent nos réunions.

La commission, chargée au préalable d'élaborer un plan des statuts et de l'organisation, eût désiré proposer de placer à la tête du syndicat le président et le vice-président actuels de notre société médicale d'arrondissement ; mais le dévoué Dr Jeanne, du *Concours Médical* qui, alors en vacances à la plage d'Agon-Coutainville, son pays natal, avait provoqué cette réunion préparatoire, et même groupé les confrères dans son propre logis, nous conseilla de réserver à ceux-ci, en raison, pour l'un d'eux, de son âge et de son éloignement de Coutances, pour l'autre, de ses soucis parlementaires (le Dr Pierre Dudouyt, vice-président, est en effet député de la Manche), un rôle d'arbitres et de juges, en les plaçant à la tête du Conseil de Famille ; — et de confier l'administration même du syndicat et la besogne absorbante et toujours fatigante de lutte et de combat, à des confrères dans toute l'activité de la vie professionnelle, et habitant de préférence le centre même de l'arrondissement ou son voisinage immédiat.

C'est ainsi que furent élus :

Président, l'excellent et infatigable Dr Leconte, de Coutances,

Vice-Président, Dr Fauvel, de Coutances.

Secrétaire, Dr Lemaître, de Gouville.

Trésorier, Dr Charles Dudouyt, de Coutances.

Enfin, comme *syndics*, se répartissant la surveillance des diverses régions de l'arrondissement les docteurs Eudes, Lefèvre, Gasnier et Duval.

Le syndicat nouvellement formé compte actuellement 17 membres :

Les Drs Pierre Dudouyt (député), Leconte, Fauvel, Charles Dudouyt, Lejeune, Piel, Baize (de Coutances), et pour le reste de l'arrondissement, MM. Viaud, Garnier, Lemaître, Lefèvre, Duval, Pigault, Dodouyt, Mesnage, Sadot, Eudes.

Plusieurs autres confrères, empêchés de venir à cette séance d'organisation, avaient au préalable donné leurs adhésions verbales, notamment les confrères Bétaillouloux et Quesnel, ce qui porterait à 20 environ le nombre des médecins syndiqués de l'arrondissement, c'est-à-dire les deux tiers de la totalité des confrères exerçant dans la région.

Les statuts votés furent ceux du Syndicat de l'arrondissement de Versailles, sauf de très légères variantes, qui d'ailleurs ne peuvent en rien amoindrir la discipline syndicale. C'est ainsi qu'il a été décidé en principe que le président ne pourrait être immédiatement rééligible, cela surtout pour amener à la présidence un plus grand nombre de confrères, et, de la sorte, donner à plusieurs l'occasion de s'intéresser directement et par la pratique aux questions de syndicalisme et de déontologie. — De même, on a cru devoir défendre expressément l'insertion, dans les journaux politiques, des condamnations qui pourraient être portées par le Syndicat contre tel ou tel confrère.

A part cela, les statuts de Versailles ont été intégralement votées.

A partir du 1er janvier 1907, l'adhésion du syndicat de Coutances sera donnée à la Fédération de Basse-Normandie, ainsi qu'à l'Union générale des syndicats médicaux de France.

De nombreuses questions sont déjà mises à l'étude par le Bureau, et seront soumises à la prochaine assemblée générale. — A n'en pas douter, avec l'esprit de cohésion réelle et le désir de bien faire qui animaient d'une manière évidente tous les confrères anciens et jeunes présents à la première réunion de Coutances, ces questions diverses recevront certainement, les unes après les autres, une solution prompte et équitable.

Le Secrétaire,
Dr Lemaitre.

Société locale de l'Ain.

L'arbitraire politique et la défense professionnelle médicale.

Châtillon-de-Michaille (Ain), le 25 octobre 1906.

Très honoré Confrère,

Vous m'aviez demandé jadis quelle avait été la suite donnée à l' « Affaire de Belley » (révocation de deux médecins du service de la protection du premier âge). Je puis vous répondre maintenant en vous adressant le compte rendu de l'Assemblée générale tenue à Bourg en 1905, qui relate tout au long les incidents de cette affaire.

Vous verrez que nous avons parfaitement échoué dans nos revendications (ce qui était à prévoir, hélas !). En outre, le Président, ému de n'avoir pas été suivi comme il le pensait, a donné sa démission. Il vient cependant d'être réélu dans la dernière assemblée qui eut lieu il y a une quinzaine de jours : mais, il n'en est pas moins vrai qu'il y a en ce moment un peu de désarroi et de flottement dans notre Société locale, à la suite de tous ces incidents, d'autant plus que la presse politique locale s'en est maladroitement mêlée, et est venue jeter de l'huile sur le feu, en disant que cette réélection était un soufflet donné au Préfet du « Bloc » et aux médecins « blocards », alors qu'il s'agissait simplement d'une protestation contre un acte d'arbitraire administratif, sans considération de l'étiquette que peut avoir l'administration en cause.

Veuillez agréer, très honoré Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Julliard,
Secrétaire de l'Assoc. médicale de l'Ain.

CORRESPONDANCE

La Liberté de confiance partout et toujours

Carentan, le 19 octobre 1906.

Cher Monsieur Divernerosse,

Permettez-moi de vous féliciter pour l'excellent article que vous avez donné au *Concours Médical*

du 14 octobre et où vous appréciez si sainement les arguments invoqués par tous les partisans des monopoles.

Vos opinions sont « à propager » souvent dans le journal, à répéter à satiété, jusqu'à l'obsession, comme les réclames charlatanesques. Chaque numéro du *Concours* devrait porter en lettres voyantes : « Liberté entière du médecin, du malade et du blessé. La dignité du médecin ne lui permet pas de donner ses soins à ceux qui ne viennent chez lui que par contrainte, sous la menace de perdre leur place. »

Aussi longtemps que la majorité des médecins n'aura pas adopté cette manière de voir et de faire — si conforme à leurs intérêts — toutes nos sociétés s'agiteront en pure perte, chacun s'empressant, en dehors des réunions, de faire assaut de bon marché et d'obséquiosité.

Vos articles ont le don de faire rire jaune beaucoup de médecins. Ils en approuvent la hardiesse, la logique — mais en goûtent moins les applications qui mènent à la ruine des faveurs, privilèges et sinécures. Quand les médecins imiteront-ils la noblesse, venant faire au 4 août l'abandon de leurs privilèges ?

Jugez bien, je ne me plains nullement. Avec du travail, de la ténacité et de la droiture, je me suis fait une place qui me suffit et me satisfait entièrement.

Tous mes vœux pour votre campagne. Bien cordialement à vous.

J. Lemelletier.

Honoraires pour soins à l'hôpital sans être le médecin de l'hôpital.

Annonay, le 17 octobre 1906.

Monsieur le Rédacteur,

En ma qualité de membre du «Concours médical», je me permets de vous demander le renseignement suivant : je suis docteur à Annonay, *sans être médecin de l'Hôpital* de cette ville, j'ai donné mes soins à une personne blessée, pendant son séjour à l'hôpital, pour son accident ; cela sur la *demande* de la blessée et concurremment avec mon confrère le médecin de service à l'Hôpital. Après guérison, à sa sortie de l'Hôpital, la blessée m'a demandé la note de mes honoraires : c'est donc qu'elle reconnaissait les devoir. Actuellement, cette personne refuse d'acquitter la note sous prétexte que l'accident dont elle a été victime a été causée par un tiers et que c'est à ce tiers que je dois m'adresser.

Je viens donc vous demander.

1° Si j'ai droit (ce qui me semble bien naturel) de demander des honoraires pour des soins donnés à une personne *sur sa demande* pendant *son séjour à l'Hôpital*, soins donnés concurremment avec le médecin de service.

2° Si c'est bien (comme je le crois), à l'accidentée elle-même et non pas au tiers cause de l'accident, que je dois réclamer mes honoraires.

Sur le 1er point (honoraires dûs pour soins donnés à la personne admise à l'hôpital, alors que je ne suis pas médecin de l'hôpital et que l'accidentee a réclamé ces soins) y-a-t-il des jugements qui ont tranché la question et dans quel sens ?

Sur le 2e point : à qui dois-je m'adresser, je crois qu'il n'y a pas de doute, c'est bien au blessé ou à la blessée plutôt.

M. N. B. — *Il ne s'agit pas d'un accident du travail.*

Veuillez agréer, etc,...

Dr René Pouly.

Réponse. Poursuivez sans hésiter le recouvrement sur la blessée ; elle se retournera, si elle le veut, contre le tiers responsable, s'il y en a un, ce que vous ignorez tant qu'il n'y a pas eu de jugement.

Il n'y aurait lieu de rechercher le pour et le contre de la jurisprudence que s'il s'agissait des honoraires du médecin de l'Hôpital. Encore est-elle favorable quand il ne s'agit pas des accidents du travail.

Médecine officielle

Mon cher Directeur,

Laissez-moi relater tel qu'il m'a été raconté le fait suivant qui serait grotesque s'il n'était profondément triste. Une jeune femme de 28 ans est atteinte de fièvre typhoïde. On demande en consultation un professeur de la faculté, consultation provoquée soit par la famille, soit par le médecin, mais en tout cas avec l'assentiment de ce dernier, qui était présent. L'éminent maître ayant examiné sa malade, dit qu'elle ne peut être soignée à son domicile, qu'il lui faut prendre des bains, qu'il faut pratiquer la désinfection; peut-être même, sans oser le dire, avait-il peu de confiance dans les soins du modeste praticien, non professeur, non médecin des hôpitaux, n'ayant même pas le fameux certificat d'études médicales supérieures. En tout cas, il conseille le transport à l'hôpital. Or, notre malade n'était pas une indigente; elle habitait, dans une maison de construction recente, un appartement au 4e, d'un loyer de 1300, elle pouvait honorer son médecin, payer une garde et enfin ses moyens lui permettaient de prendre l'avis non d'un simple agrégé mais d'un professeur de la faculté de médecine de Paris. Le conseil fut suivi et la malade transportée à l'hôpital. Dans la nuit qui suivit se fit une perforation intestinale, qui amena rapidement la mort malgré une laparotomie pratiquée d'urgence. Que fût-il advenu si la malade était simplement restée chez elle aux soins de son médecin ?

On a élevé des statues aux victimes des temps passés, à Etienne Dolet, au chevalier de la Barre, etc., dernièrement même, en Angleterre, à une victime canine de la vivisection, pourquoi n'en élèverait-on pas à cette malheureuse, en mettant, sur le monument « *Victime de la médecine officielle* » ?

Un praticien de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

La blennorrhagie, maladie sociale, par le Dr Gabriel Colin, J. Baillière et fils, boulevard St-Germain, 3 fr. 50,

A l'heure même où le Prof. Fournier lançait de la tribune de l'Académie un nouveau réquisitoire contre les méfaits conjugaux de la syphilis, l'un des plus brillants élèves du Prof. Guyon reprenait, dans le livre dont nous parlons, et sous une forme des plus saisissantes, les navrantes constatations de Jullien, de Cazalis, de Verchère sur le rôle de la blennorrhagie devant le mariage, la dépopulation, l'avenir de la race. Il y consacre les premiers chapitres de son livre qui pourraient avantageusement être mis sous les yeux du public victime de ses idées préconçues et de son éducation prude en ces matières, victime des notions erronées qui ont cours (et par notre propre faute) sur le diagnostic, le pronostic le traitement de ce que l'on considère comme un insignifiant coup de pied de Vénus, victime de l'exercice illégal discret des officines, ou du charlatanisme des vespasiennes et de la 4e page de notre presse soi-disant éclairée et moralisatrice.

Mais il nous est particulièrement utile, à nous praticiens, quand il arrive à nous prouver 1° que tout est changé radicalement dans le vieil enseignement que nous avons reçu avant la bactériologie, au temps des Ricord, des Diday et de leurs plus brillants élèves ; 2° qu'imbus des idées fausses de cette époque nous sommes complices des ravages de la blennorrhagie ; 3° qu'il faut nous hâter d'apprendre ce que nous devons savoir pour rentrer dans notre double rôle de guérisseurs et de protec-

teurs de nos clients, de leurs enfants, de la santé publique.

Nous sommes de ceux qui, croyant s'être bien tenus au courant des progrès de la médecine de ce côté, n'attendaient rien de sensationnel du livre de M. le Dr Gabriel Colin. Or, nous le fermons sous cette impression que la grande masse des praticiens doit non seulement le lire, mais encore le relire et s'y reporter souvent, ne serait-ce qu'à la veille de certains examens gynécologiques, où la part du gonocoque est presque toujours la première à rencontrer, et dans mille cas d'étiologie imprécise de maladies des deux sexes.

Toute notre attitude en face de la blennorrhagie est à changer : c'est question élémentaire de conscience et de probité.

Et nous remercions vivement le jeune maître de nous avoir rappelés à la réalité de nos devoirs. H.-J.

Le malade et le médecin. — Sous la signature du Dr Doyen, vient de paraître, à la Librairie universelle, 33, rue de Provence, Paris, un livre qui porte le titre ci-dessus, et qui laisse l'impression d'en avoir mérité d'autres : celui, par exemple, de « Déontologie à bâton rompus » de « Réflexions d'un chirurgien » etc...

L'auteur nous y fait vivre sa vie agitée de chirurgien et de chercheur. Il note alors, au courant de la plume, les conclusions de ses rapports avec les patients inquiets, avec leurs médecins habituels.... quand il en ont encore. Et ces conclusions lui font critiquer avec raison bien des usages courants, bien des routines, bien des dogmes.

Elles le conduisent à des incursions rapides sur les divers domaines de la Réforme des études médicales, des mœurs et coutumes du corps enseignant, de l'état d'âme créé dans la masse des praticiens, notamment en chirurgie, par l'imprégnation d'un esprit scolaire vraiment en retard sur les desiderata scientifiques actuels, et son opinion en ces matières se rapproche singulièrement de celles qu'émettait M. Monprofit à l'ouverture du dernier congrès de chirurgie, et que professe le Concours.

Le livre tire surtout son attrait de ce qu'il ne parle que de choses vues et vécues par l'auteur, ce qui lui donne, comme à tout ce que fait le Dr Doyen, un caractère très personnel. Il est écrit pour le public, et celui-ci gagnerait à le lire ; mais beaucoup de médecins en profiteront également, car il ne manque pas non plus, dans nos rangs, de confrères qui feraient bien de passer au crible de leur jugement, avec ce volume pour guide, les opinions toutes faites qu'ils ont emportées de l'Ecole.

REPORTAGE MÉDICAL

Un ordre des médecins à Hambourg. — Les médecins de Hambourg viennent de se constituer en un ordre fermé dont le conseil constituera en même temps une sorte de tribunal d'honneur. Cette juridiction qui a été reconnue par le Sénat de Hambourg est autorisée à infliger des peines pécuniaires jusqu'à 3 000 marks. La corporation des médecins espère par ce moyen se débarrasser de certains éléments douteux et mettre fin au système des réclames et des consultations au rabais qui déshonore la profession.

Hum ! Nous suivrons l'expérience.

La protection de la santé publique. — Le président du Conseil, garde des sceaux, ministre de la Justice, a adressé aux procureurs généraux la circulaire suivante :

« La loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, a formulé un certain nombre de prescriptions qui peuvent motiver l'intervention des juridictions civiles ou répressives dans le but d'assurer la sauvegarde de l'intérêt public ou des intérêts privés en matière sanitaire.

« Bien que cette loi ne soit encore qu'au début de son application, il me paraît intéressant d'établir, dès aujourd'hui, les résultats qui ont pu être obtenus à cet égard. Vous voudrez bien me les faire connaître, pour votre ressort, dans un rapport d'ensemble qui sera précédé d'une enquête approfondie faite par vos substituts. Cette enquête portera plus particulièrement sur les infractions relevées et poursuivies, sur les instances engagées et solutionnées et sur l'intervention des parquets pour assurer la stricte application des nouvelles dispositions légales ou des règlements pris pour leur exécution. Vous voudrez bien y joindre les observations que pourrait vous suggérer la première période de mise en œuvre de cette loi, dont les dispositions, inspirées par le souci de la protection sanitaire de la collectivité, ont pu heurter certaines habitudes.

« Je vous serai très obligé, en outre, de m'indiquer, en ce qui vous concerne, les améliorations ou modifications dont cette législation vous paraît trait susceptible. »

Le Dr Charles Floquet. — Le Dr Charles Floquet, qui vient d'être victime de l'accident de chemin de fer d'Epernon, et dont l'inhumation a eu lieu jeudi, était licencié en droit et médecin en chef du Palais de Justice de Paris. Sa compétence lui avait permis d'écrire des ouvrages souvent consultés par les syndicats médicaux. Citons en particulier son *Commentaire de la loi du 30 novembre 1902 sur l'exercice de la médecine* et son *Code pratique des honoraires médicaux* qui, comme le *tarif Jeanne*, devraient être aux mains de chaque praticien.

Le service d'inspection des pharmacies. — Le Président de la République française.

Sur le rapport des ministre de l'intérieur et de l'agriculture.

Vu la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes dans la vente des marchandises et des falsifications des denrées alimentaires et des produits agricoles et des substances médicamenteuses ;

Vu le décret du 3 mai 1850, qui subordonne à l'approbation du ministre de l'agriculture la vente de certains remèdes ;

Vu le décret du 31 juillet 1986 désignant les autorités qualifiées pour rechercher et constater les infractions à la loi du 1er août 1905.

Décrète :

Art. Ier. — Le service d'inspection des pharmacies, drogueries, épiceries, fabriques et dépôts d'eaux minérales naturelles ou artificielles, institué en vertu de la loi du 21 germinal an XI, de l'arrêté du 25 thermidor an XI et de l'ordonnance royale du 18 juin 1823, est assuré sous l'autorité du ministre de l'agriculture.

Art. 2. — Le ministre de l'agriculture, le ministre des finances et le ministre de l'intérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Rambouillet, le 17 octobre 1906.

A. Fallières.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'agriculture,
Ruau.

Le ministre des finances,
Poincarré.

Le ministre de l'intérieur,
G. Clemenceau.

(*Officiel du 20 octobre 1906.*)

Soit, mais le nouveau ministère de l'hygiène ne va-t-il réclamer, avec plus de titres, la direction de ce service.

La liberté de confiance pour l'indigent. — A la dernière réunion de la Société locale de la Loire et Haute-Loire, un dévoué membre du Concours, de l'Amicale et du Sou médical, M. le docteur Laurent, député de la Loire, fit remarquer à propos du rapport des délégués à Paris, que s'il est juste et équitable que les mutualistes conservent le droit de choisir leurs médecins, ce droit devrait être reconnu aussi aux indigents inscrits au service de l'Assistance médicale. Il mit aux voix la proposition suivante : « L'Association de Prévoyance et de Secours

Mutuels des médecins de la Loire et de la Haute-Loire, émet le vœu que le service de l'Assistance médicale gratuite soit réorganisé de façon à assurer aux indigents le libre choix de leur médecin parmi ceux qui auront accepté les conditions de l'Administration. »

Ce vœu a été adopté à l'unanimité et transmis par les soins du bureau de l'Association aux préfectures de la Loire et de la Haute-Loire.

Agapes confraternelles.— Préludant à notre banquet, où nous avons le plaisir de compter bon nombre d'entre eux, nos anciens camarades de l'armée et de la marine se grouperont la semaine prochaine dans leurs dîners annuels.

A l'appel de MM. Granjux, 5 *bis*, rue Saint-Paul, Laval, 19, avenue Bosquet, Regnault, 2, rue Corvetto, *les membres du Caducée* répondront pour le dîner du jeudi 8 novembre à 7 heures du soir. Taverne du Nègre, cotisation 5 francs.

Pour le mardi 13 novembre, le Dr Dedet, 25 rue de Marignan, attend les adhésions au *dîner des anciens médecins et pharmaciens de la marine*, Cercle Militaire, 49, avenue de l'Opéra, 7 heures et demie du soir, cotisation 12 francs, tenue de ville.

Dans l'une et l'autre réunion ou passera en revue les gais souvenirs de jeunesse : beaucoup s'y souviendront aussi que c'est sous le galon qu'ils ont fait l'apprentissage de la solidarité médicale.

Faculté et Hôpitaux.

Cours pratique d'oto-rhino-laryngologie. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — Le Dr Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera le mardi 6 novembre son cours pratique pour les maladies de la gorge, larynx, nez, oreilles. Ce cours sera complet en douze leçons, et aura lieu les mardis, jeudis et samedis (amphithéâtre Chomel), à 3 h. 1/2. Il comprendra toutes les notions *pratiques* de la spécialité : (examen des malades, diagnostic, thérapeutique des affections courantes).

S'inscrire à la consultation de laryngologie de l'*Hôtel-Dieu*, les mardis et samedis, de 5 à 6 heures. (Droits d'inscription : 40 fr.)

Cours et conférences pratiques sur les maladies des organes génito-urinaires, par le docteur Paul Delbet, *ancien prosecteur et chef de clinique.* — Ces conférences, spécialement réservées aux membres de l'Association corporative, auront lieu dans la maison de santé du docteur Paul Delbet, 14, rue Roquépine (Paris, VIIIe), les lundis, mercredis et vendredis, de 5 heures à 7 heures, à partir du mercredi 24 courant. S'inscrire à l'A. C.

Les instruments et appareils seront mis aux mains des élèves, qui seront exercés à leur maniement.

Prix des cours : 15 *francs.*

— Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique chirurgicale et des maladies des voies urinaires s'ouvrira, à la faculté de médecine de Paris, le lundi 5 novembre à 9 h. du matin.

Il sera pourvu : 1° Pour le clinicat chirurgical, à la nomination d'un chef de clinique titulaire ; 2° Pour le clinicat des maladies des voies urinaires, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 25 octobre 1906. (Le régistre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à 3 heures) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine français.

Il n'y a pas de limite d'âge. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— A partir du lundi 7 janvier 1907, sous la direction de M. Pierre Sébileau, professeur, agrégé et chirurgien de l'hôpital Lariboisière, MM. P. Gibet et F. Lemaitre, assistants feront une série de 20 conférences cliniques avec examen et présentation de malades. Ces conférences auront lieu le matin à 8 h. 1/4, à la consultation du larynx. Le prix est de 60 francs. Pour le versement et l'inscription, prière de s'adresser à M. Paul Gibert assistant du service, salle Davoine. Il est recommandé aux médecins ou étudiants de se munir d'un miroir frontal,

M. Thiroloix, agrégé, commencera le cours de clinique médicale, à l'hôpital Saint-Antoine, le jeudi 8 novembre 1906, à 10 h. 1/2, au pavillon Moïana et le continuera les lundis et jeudis suivant à la même heure. Programme de l'enseignement. Tous les jours, visite à 9 heures précises. Mardi, 9 h., Examen des malades entrants. Mercredi 9 h. 3/4 : Leçon de clinique au lit des malades par M. G. Rosenchal, chef de clinique : jeudi 10 h. 1/2 : Leçons de clinique. Vendredi, 10 h.: Consultation spéciale pour les maladies de l'estomac (M. Bensaude, ancien chef de clinique. Samedi, 10 h. 1/2 : Revue des observations de la semaine.

Des démonstrations spéciales seront faites par MM. Winter, chef de laboratoire ; Terrien et Dolbeau, ophtalmologiste des hôpitaux ; Lebon chef du service d'électrothérapie et G. Weill, chef du service d'oto-rhino-laryngologie.

M. le Prof. Gaucher commencera son cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le mercredi 7 novembre 1906, à 10 h. du matin, à l'hôpital Saint-Louis (amphithéâtre des cliniques), et le continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure. Mercredi : Leçons cliniques. Dimanche : Leçons didactiques. Dermatoses parasitaires.

M. Potocki, agrégé, commencera des conférences d'obstétrique, le vendredi 9 novembre 1906 à 5 h. au grand amphithéâtre de la Faculté et les continuera les lundis mercredis et vendredis suivants à la même heure.

M. Morestin, agrégé commencera des conférences de pathologie externe le mardi 6 novembre 1906 à 5 h. ; à l'amphithéâtre de pharmacologie et les continuera ; les mardis, jeudis et samedis suivant à la même heure. Sujet du cours : *Maladies du thorax et de l'abdomen.*

M. Rénon, agrégé, commencera, le samedi 10 novembre 1906, à 4 h. ; au grand amphithéâtre de la Faculté, des conférences de pathologie interne et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. Sujet du cours : Maladies infectieuses et parasitaires.

M. Branca, agrégé, chargé de cours, commencera le cours d'histologie le jeudi 8 novembre 1906, à 4 h., grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mardis jeudis et samedis suivants à la même heure.

M. le Prof. Budin reprendra son cours de clinique d'accouchements le samedi 10 novembre 1906 à 9 h. du matin à la clinique Tarnier, rue d'Assas et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

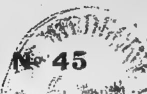
M. le Prof. Roger commencera son cours de pathologie expérimentale et comparée le jeudi 8 novembre 1906 à 4 h., petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

M. Méry, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique des maladies infantiles le mercredi 7 novembre à 10 h. du matin, à l'hôpital des Enfants-Malades 144, rue de Sèvres, et les continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodique médicales.

Vingt-huitième année N° 45 11 NOVEMBRE 1906



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

AVIS

Assemblées générales des 17, 18 et 19 novembre 1906.

Les assemblées générales de nos Sociétés auront lieu dans l'ordre suivant :

1° Le samedi 17 novembre, à 2 heures, à l'**Hôtel des Sociétés Savantes** : Assemblée générale de l'*Union des Syndicats*.

2° Le dimanche 18 novembre, au **Restaurant Marguery** (36, boulevard Bonne-Nouvelle) :

A 9 heures : Réunion des *Correspondants* ;

A 10 heures : Assemblée extraordinaire du *Patronage* ;

A 2 heures : Assemblées générales communes du *Concours et Sou médical* ;

A 7 heures : **BANQUET** (La cotisation pour le banquet est fixée à 10 fr. ; la Société du Concours prenant à sa charge le supplément des frais qui dépassent 15 fr. par couvert). **Prière d'aviser de sa présence.**

3° Le lundi 19 novembre, **dans les bureaux du Concours Médical**, à 9 heures du matin : Assemblée générale de l'*Association Amicale*.

SOUSCRIPTION

pour offrir un souvenir au DOCTEUR MIGNEN

Président du Premier Syndicat Médical,

—

2e Liste

MM. les Docteurs :

Lepage, de Paris	5	»
Courgey, d'Ivry	3	»
Syndicat de Montaigu	20	»
Gouffier, de Neuilly	3	»
P. Lacroix, de Paris	5	»
Roger, de Hédé	3	»
Fau, de Vichy	1	»
Hochemann, de Mézières	1	»
Beauxis, d'Aulnay-sous-Bois	1	»
Seney, de Nice	5	»
Lereboullet, de Paris	5	»
Lemaître, de Gouville	1	»
Charier, de Thouars	5	»
Syndicat des Deux-Sèvres	5	»
Armand, d'Albertville	6	»
Syndicat médical du Tarn	5	»
Sicard, de Castres	5	»
Dr Barbanneau, de Pouzauges	5	»
Syndicat de la Vendée	50	»
Total	134	»
Report de la 1re liste	123	»
Total général	257	»

PROPOS DU JOUR

Le certificat supérieur et la réforme des études médicales.

Nous lisons dans le *Temps* du 8 novembre :

« M. Briand, ministre de l'instruction publique, a reçu ce matin les membres du bureau de la Société de l'internat des hôpitaux de Paris, présentés par M. Emile Reymond, sénateur.

Au nom de ses collègues, M. Emile Reymond a protesté contre le Certificat supérieur d'études médicales et a demandé l'abrogation du décret pris par le ministre en juillet dernier.

Les médecins praticiens de Paris considèrent que l'existence de ce certificat porterait atteinte à leurs intérêts professionnels.

M. Briand a promis aux membres de la délégation que le Certificat ne serait pas détourné de son objet propre, qui est de donner accès à l'agrégation, et qu'il serait appliqué de façon qu'il ne soit point porté atteinte aux intérêts des médecins français.

Ajoutons que le ministre a également reçu le docteur Huchard, venu pour l'entretenir de la même question, et en même temps de la commission qui va être formée pour la réforme des études médicales.

Tout cela n'est que le maigre résultat de l'action qu'engagent des tirailleurs. Encore traduit-on mal le mobile qui guide les praticiens quand on dit qu'ils ne s'émeuvent qu'à cause d'une crainte pour leurs intérets professionnels.

Nous estimons qu'il ne faut pas s'attarder à ces escarmouches et à ces insinuations tendancieuses et nous avons applaudi hier soir, à l'Union des Syndicats, MM, Dubuisson et J. Noir annonçant la première réunion du Comité de préparation du Congrès des « Praticiens pour le samedi 17 novembre, dix heures du matin, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28 rue Serpente ». Que les syndicats et sociétés se hâtent donc de désigner leurs délégués à M. le Dr J. Noir, 46, rue de la Clef, Paris.

Nous *voulons* la Réforme des études médicales, et, par elle, la suppression de tous ces certificats qui écrasent le doctorat en médecine : nous ne demandons pas autre chose, mais nous le demanderons jusqu'à ce que nous l'ayons obtenu.

Une année de défense professionnelle au " Sou Médical "

Rapport du Secrétaire général à l'Assemblée générale du 18 novembre 1906.

En 1902, succédant à notre sympathique vice-président, le Dr Jeanne, je me présentais devant vous à l'assemblée générale de novembre, pour faire, pour la première fois, le Rapport annuel sur les opérations de notre société.

Je viens aujourd'hui, pour la cinquième fois, résumer devant vous l'œuvre de l'année écoulée, 1905-1906, et je dois vous avouer que le sujet, qui est loin d'être épuisé, se présente, pour ainsi dire, sous la même forme. Notre œuvre de combat, de défense professionnelle, a-t-elle remporté la victoire sur quelques points, a-t-elle fait faire quelques progrès pour le plus grand bénéfice de nos confrères? J'ai l'intime conviction que je dois répondre oui. Les résultats obtenus sont-ils très éclatants? La victoire est-elle définitive? Je dois constater que nous avons et aurons encore longtemps à faire de vigoureux efforts. Les adversaires contre lesquels nous avons à lutter tous les jours ne lâchent pied que lentement, notre action les repousse de leurs positions, mais si sur certains points nous constatons la déroute, sur bien des points encore la résistance est énergique. Ce n'est pas par découragement que je viens vous signaler la situation actuelle, loin de moi cette pensée. Mais l'effort au contraire doit durer, nous avons à redoubler d'énergie et le succès, en définitive, en sera la récompense ; cela peut-être dans un temps plus proche que nous ne le pensons.

Voilà cinq années écoulées que comme secrétaire général je suis sur la brèche; chef d'état-major de notre Conseil de direction, chargé d'exécuter sa pensée! Votre président, le Dr Maurat, dont l'activité n'est jamais en défaut et qu'une longue expérience de la pratique médicale ne laisse ignorant d'aucune des difficultés rencontrées par les praticiens ; — MM. Jeanne et Vimont, nos vices-présidents, toujours fidèles à nos réunions ; le premier, dont la plume alerte et sincère exprime et répand la bonne parole dans le journal ; — le second dont l'esprit de ressource éminemment pratique trouve les formules, et indique les moyens pour jeter dans le camp ennemi les idées de libre critique qui ne peuvent qu'être utiles à nos revendications ; — M. Diverneresse, c'est-à-dire l'ardente lutte pour la justice, pour la défense des opprimés, c'est-à-dire le soldat regardant toujours son adversaire en face et ne laissant échapper aucune occasion de profiter de ses fautes en criant bien haut ses lâchetés ; MM. Cézilly, Gassot fils, tous deux héritiers de la tradition paternelle et suivant avec ardeur le chemin qui leur a été si vaillamment tracé.

Notre trésorier, le trésorier médical par excellence, dont le dévouement mérite toute notre reconnaissance et tous nos applaudissements.

Que dire enfin de notre avocat conseil, de Me Gatineau. Avec son aide, nous sommes sûrs de vaincre. Combien de fois « Cunctator » n'est-il pas venu modérer de ses sages avis nos entraînements généreux. Peu instruits des embûches et chausse-trapes de la procédure, des arcanes de la chicane, nous allions étourdîment nous perdre, quand, grâce à lui, nous avons pu éviter les dangers du « Maquis ».

Vous comprendrez, mes chers confrères, que aidé et guidé par un semblable groupement de bonnes volontés et de compétences, la besogne du secrétaire général, très lourde par elle-même, a été singulièrement allégée.

Avant de commencer ce rapport, je me suis demandé si la forme que je lui ai donnée les années précédentes était bien celle qui lui convenait le

mieux. S'il vous en souvient, après avoir classé sous divers chapitres et par catégories toutes les affaires soumises au Sou Médical pendant le cours de l'année, j'en faisais l'énumération avec une brève formule indiquant l'objet qui avait été soumis à notre appréciation et pour lequel nous étions intervenus. Cette manière de procéder, pour complète qu'elle soit, présentait cependant une aridité de nature à lasser les lecteurs. Devant ces longues colonnes, on pouvait se rendre compte du travail accompli, mais la sécheresse des explications en faisait la lecture monotone et sans intérêt. C'est un joli programme qui a été rempli, se disait-on, cependant le moindre détail sur ces questions si nombreuses ferait bien mieux l'affaire.

C'est en m'inspirant de cette idée, chers confrères, que cette année je tiens à modifier le plan du travail. S'il se présente comme les années précédentes, classé par chapitres, la statistique n'y tiendra que la place la plus restreinte. Elle ne tendra qu'à démontrer que, comme les années précédentes, nous avons eu suffisamment de besogne et que nous avons cherché à répondre autant qu'il était en notre pouvoir aux obligations que nous avons contractées vis-à-vis de vous, heureux d'obtenir vos encouragements, votre approbation.

Chapitre Ier.

Contestations d'honoraires. — Droits du médecin. Conseils pour opérer le recouvrement des créances médicales.

Une des premières difficultés que rencontre le médecin dans sa pratique, c'est le recouvrement des honoraires qui lui sont si légitimement dus. Par son éducation, par la nature de ses interventions, les questions d'intérêts matériels sont reléguées par lui au second plan. Il semble qu'il ravale sa profession en y mettant la condition de paiement. S'il réclame, il le fait pour se conformer aux usages et si, en dehors des époques fixées, il demande ses honoraires, c'est en s'excusant de le faire. S'il exerce sa profession, ce n'est pas l'argent qui le fait marcher, il est plus préoccupé de remplir son devoir professionnel, son devoir social. Il ne lui viendra jamais à l'idée de réclamer d'avance; il craindrait d'être comparé aux brigands des grands chemins qui ne procèdent pas autrement : « *La bourse ou la vie* ». Payez-moi, semblerait-il dire, ou *je vous laisse mourir* sans soins. De là, une grande difficulté surgit, lorsqu'il s'agit de se faire payer par des clients contestant leur note d'honoraires. Le médecin ne peut apporter une preuve écrite de sa créance. Le Sou Médical est intervenu pour conseiller des confrères et a eu l'occasion d'obtenir de la Cour de Paris un arrêté important sur une question qui touche au plus haut point le corps médical

Parfois, certaines juridictions (tribunaux civils et justice de paix) ont repoussé des demandes en paiement d'honoraires, lorsque la réclamation dépassait 150 francs, en prétendant appliquer à la créance médicale la règle du droit commun; à savoir que la preuve de toute obligation dont l'objet est supérieur à cette somme ne peut être fournie que par écrit, c'est-à-dire par un engagement écrit de la partie adverse. Si cette théorie parvenait à triompher, les médecins ne pourraient jamais faire la preuve de leur créance, en cas de contestation, pour toute somme dépassant 150 francs, puisque les carnets de visite, généralement admis par les tribunaux comme élément de preuve, ne constituent pas, dans le sens de la loi, une preuve par écrit opposable au débiteur. La Cour de Paris a jugé que la créance médicale était de telle nature que la règle générale ne lui était pas applicable, et que le médecin devait bénéficier de l'exception prévue par l'art. 1748 du C. civ. qui permet la preuve par témoins ou par présomptions de toute obligation dont il n'a pas été possible au créancier de se procurer une preuve par écrit.

Donc, d'après l'arrêt de Paris, le médecin pourrait faire la preuve par témoins, même contre des tiers, responsables des soins donnés. Mais le plus souvent, pour faire la preuve de sa créance, le médecin n'a véritablement qu'un seul moyen, c'est de produire son agenda journalier. Ces petits carnets de poche doivent donc être tenus avec la plus grande régularité, le plus grand ordre. C'est le livre probant par excellence, car il ne saurait être établi pour les besoins de la cause. Les noms des clients y sont inscrits suivant l'ordre dans lequel ces derniers ont reçu les soins ; les interventions spéciales susceptibles d'élever le montant des honoraires y doivent être inscrites, d'une façon sommaire, mais suffisante. Un débiteur conteste-t-il le nombre des visites, le carnet est accepté comme preuve de la légitimité de la réclamation faite par le médecin, sauf présomptions ou preuves contraires. Nous recommandons donc avec une grande insistance à nos confrères de tenir ce carnet avec le plus grand soin possible; que ce ne soit pas un simple carnet d'indications sommaires, que ce soit un véritable livre de comptabilité, le *journal des praticiens.*

Le Sou Médical a pu guider des instances de confrères, et par ses conseils faire prévaloir leurs légitimes revendications en cette matière.

Les *dangers de la justice* sont toujours très grands et je ne veux en citer qu'un exemple. Notre société a pu tendre à un confrère une perche secourable.

En deux mots, voici les faits : recouvrement d'honoraires banal. Soins au mari décédé et femme absorbant par le montant de ses reprises l'actif successoral. Le médecin réclame à la femme et aux héritiers du mari. Le tribunal (il s'agissait d'une note de près de 2.000 francs) accorde gain de cause au confrère. Ce dernier fort heureux de ce résultat, croyait l'affaire terminée quand il se vit traîner en appel. Certaines irrégularités de sa première citation le font débouter de sa demande et le voilà après une longue attente et des frais considérables « Gros Jean comme devant. » Le Sou Médical, dont l'intervention fut redemandée lorsque le confrère se vit entraîné dans des incidents de procédure, est venu à son aide lors du règlement en le remboursant de 1.250 francs de frais. Y avait-il possibilité d'aller devant la Cour suprême ? Me Mornard, avocat à la Cour de Cassation, nous a déconseillé de le faire. Ce médecin nous écrit pour nous remercier : « Je m'empresse de vous accuser réception de votre bonne lettre chargée d'espoir tôt réalisé, et de celle du bon confrère Gassot chargée d'or. Veuillez présenter à tout le conseil d'administration du Sou Médical l'assurance de ma gratitude très sincère pour le généreux appui moral et pécuniaire qu'il a bien voulu me prêter. »

On m'a demandé bien souvent de résumer dans un manuel à l'usage des membres du Sou Médical toutes les questions relatives au recouvrement des honoraires. Cet ouvrage a été merveilleusement présenté par un de nos confrères, licencié en droit et que sa situation comme auxiliaire de la justice

mettait en bonne posture pour traiter de ces questions difficiles et délicates. J'ai nommé M. le Docteur Ch. Floquet. (Code pratique des honoraires médicaux, 17 mars 1898.)

(Ces lignes étaient écrites lorsque nous avons appris la mort terrible de notre sympathique confrère dans l'accident de chemin de fer d'Epernon et nous présentons aux siens tous les regrets du Corps Médical pour la perte si cruelle qu'ils viennent de faire.)

Puis, j'ai pensé,et mes collègues avec moi, que ce serait parfois rendre à nos confrères un mauvais service. Vous savez ce que valent en général les traités de médecine mis à la portée des gens du monde et combien ils sont dangereux. Il ne faudrait pas se pénétrer de l'idée, après la lecture de quelques ouvrages de droit médical, forcément très succincts, qu'on est capable de mener à bien, soi-même des affaires contentieuses, non; de même que l'avis d'un médecin praticien est toujours utile, nécessaire en matière d'hygiène et de thérapeutique, de même l'avis d'un homme du métier, d'un avocat ou d'un juriste est indispensable lorsqu'il s'agit de la direction à donner à une procédure ou qu'il faut interpréter un article du Code et même de l'appréciation des éléments de fait d'un procès.

Les ouvrages que je viens de signaler sont déjà anciens. Les lois nouvelles sur les accidents du travail, sur la santé publique, sur l'assistance médicale gratuite, sont récentes. D'un autre côté, nos efforts, au Sou Médical, ont fait modifier la jurisprudence sur certains points.

Les ouvrages de Floquet, de Rotureau, ne sont plus au courant. L'évolution rapide des idées les a déjà dépassés.

Entreprendrons-nous cette besogne de les compléter? En tous cas il y a là une grande entreprise, vous le comprendrez.

Dans certaines circonstances, nous intervenons lorsque le médecin, livré à lui-même,ne saurait aboutir. Notre concours n'est pas alors seulement moral, il est aussi pécuniaire.—Un fermier débiteur vis à vis d'un de nos confrères, devant les instances de ce dernier pour le faire payer, n'a trouvé rien de mieux que de se rendre insolvable grâce à la complicité de son propriétaire. Il cédait à ce dernier tout son cheptel et ses instruments agricoles, etc. Il y avait là une fraude évidente des droits du médecin privilégié sur les meubles, et par conséquent intérêt général à défendre cette *prérogative* spéciale.

Dire dans quelles circonstances diverses nous sommes appelés à intervenir est variable à l'infini. Un de nos jeunes chirurgiens du Nord sauve la vie à une jeune femme fort riche qui,prise d'hémorrhagie intrapéritonéale, conséquence d'une grossesse tubaire, allait infailliblement succomber sans une intervention immédiate. La réussite fut-elle complète? Trop rapide?Toujours est-il que la malade fut tôt sur pied. Trop beau succès, car lorsque notre confrère présenta la note collective des honoraires de lui-même et de ses aides, on l'injuria de la belle façon l'accusant de chantage, etc., etc., et, ce client riche, qui n'avait pas hésité l'année précédente à payer 1.000 fr. à son médecin pour soins donnés à lui-même dans le but de lui conserver un doigt, refusait 3.000 fr. d'honoraires aux médecins et à l'habile chirurgien qui lui conservaient sa femme. Avant de plaider, pourquoi ne pas tenter des démarches amiables, de démontrer à ce client récalcitrant l'absurdité de sa résistance. C'est ce que nous avons fait et deux confrères ont été chargés par nous de cette délicate mission.

L'obligation des enfants vis-à-vis de leurs parents indigents a fait l'objet d'assez nombreuses interventions du « Sou Médical ». Maintes fois, en effet, nos confrères appelés à donner des soins à des personnes âgées vivant péniblement d'une pension alimentaire fournie par les enfants, ont vu repousser leur demande de paiement des honoraires afférents à ces soins. « Nous avons renoncé à la succession de nos parents, et nous ne devons pas payer les dettes de la succession. Nous avons payé une pension alimentaire et nous ne devons rien autre ». Telles sont les raisons qui sont opposées à nos confrères. Qu'en faut-il penser? — Les conseils de notre avocat ont été sur ce point très nets et précis.— La pension alimentaire a pour but de permettre à celui qui le reçoit de subvenir aux besoins que nécessite l'entretien de sa vie. La jurisprudence établit que l'obligation alimentaire comprend les frais nécessités par une maladie. (Dalloz. Jur. gén. Mariage, 672. Code civil annoté art. 205, n° 2; Paris, 14 avril, 1866. *Manuel de jurisprudence Médicale*, Guérier et Rotureau. 1890 p. 257). Notre journal *le Concours* a déjà publié à diverses reprises les jugements favorables à cette thèse absolument juridique.

La renonciation à la succession de ses père et mère ne libère pas les enfants de la dette alimentaire.

Un de nos confrères a donné des soins à un pauvre homme âgé de 70 ans père de trois enfants. Pendant sa maladie ceux-ci lui ont servi bon gré mal gré, une pension alimentaire fixée à 15 fr. par mois. Sur les conseils d'un homme d'affaires, pour ne payer aucune dette de leur père décédé, ces enfants ont renoncé à la succession et refusent systématiquement de payer la note du médecin.

Nous avons répondu après conseils de Me Gatineau : « Les obligations alimentaires, qu'il s'agisse de celles de l'art. 205 du Code Civil, (obligations des enfants en faveur des père et mère) ou de l'art.203 (obligation des parents envers leurs enfants), ou encore de l'art 212 (obligations des époux entre eux), *pèsent directement sur la tête du débiteur de l'obligation.* Il importe peu qu'ils aient renoncé à la succession du créancier de l'obligation, puisque la créance des frais médicaux peut leur être réclamée non à titre d'héritiers, mais comme débiteurs directs de prestations alimentaires fournies au défunt vis-à-vis duquel ils étaient tenus, (A. M. G. à L.).

Lorsque le chiffre de la pension alimentaire servie par les enfants est notoirement insuffisante pour payer les frais qu'entraîne une maladie, le juge pourra condamner les enfants à payer ces honoraires;il devra décider que le médecin est bien en droit de réclamer le complément de la dette alimentaire, c'est-à-dire les frais de maladie,aux enfants pour le compte desquels il a rempli cette obligation.

Comment-procéder? La réclamation devra être formulée en vertu de l'art. 205 du Code Civil et des articles 1372 et 1375 du Code Civil sur la gestion d'affaires et non pas en considérant les enfants comme héritiers de leur père.

— Dans une autre affaire, les enfants héritiers, après avoir partagé un maigre mobilier, laissaient à l'un d'entre eux le soin de payer le médecin. Or, le confrère ne pouvant obtenir le réglement, nous demandait conseil pour agir. Il nous communiquait la lettre suivante, écrite par un des enfants : « Nous ne devons pas vous payer. Arthur et Palmyre X, ont, après décès de notre mère, emporté et vendu ce que possédait celle-ci... à la condition qu'ils payeraient les dettes qu'il pourrait y avoir. »

La convention intervenue entre les enfants et

ainsi avouée démontre qu'ils ont fait acte d'héritiers et même ceux qui n'ont rien emporté du mobilier puisqu'ils auraient aliéné leur part pour se décharger des dettes de la succession. En tous cas, s'il existe une convention entre les héritiers mettant à la charge de partie d'entre eux les dettes de la succession, ce n'est pas le médecin créancier qui peut se prévaloir de cette convention dont la justification n'est d'ailleurs pas entre ses mains. Nous avons conseillé d'assigner tous les héritiers, sauf à ceux qui ont été chargés des dettes à réclamer à leurs cohéritiers l'exécution de leurs obligations.

Dans tous les cas de ce genre, *tous les héritiers* peuvent être assignés *devant le juge du domicile de l'un d'eux.*

Dans bien des cas il peut y avoir intérêt à assigner les enfants tant personnellement comme débiteurs de la dette alimentaire qu'en leur qualité d'héritiers.

(Dossiers numéros 1.497, 1.498, 1.580, 1.582, 1.515, 1.668, 1.704.).

– Dans les dossiers numéros 1.511, 1.518, 1.519, 1661 1.657, nous avons eu à traiter de la très intéressante question de l'obligation du maître qui fait donner les soins sous son toit à son domestique.

« J'ai donné des soins, nous écrit un confrère, à un domestique atteint de fracture du péroné avec arrachement de la malléole. Le blessé, guéri, fait un procès à son maître et a obtenu gain de cause. Le domestique auquel j'ai écrit ne me répond pas et le maître me dit qu'il ne doit rien. Or, c'est ce maître qui m'a fait appeler et m'a toujours dit qu'il ne fallait pas m'inquiéter, qu'il me paierait, etc. »

– Un autre médecin nous dit que malgré des promesses verbales, un patron se refuse de payer les soins médicaux donnés à son employé; or, ce dernier aussitôt remis de sa blessure est parti sans adresse.

Dans une autre, ce sont des ouvriers appartenant à une industrie non assujettie à la loi; leur maître fait venir le médecin pour les soigner de blessures contractées à son service, puis, le quart d'heure de Rabelais venu, se dérobe à cette obligation.

Autre lettre : « un domestique qui travaille depuis plus de vingt ans chez le même maître, tombe malade chez son patron. Ce dernier me fait appeler pour le soigner. Le pauvre homme meurt après six mois de maladie. Enfant naturel il laisse un petit pécule de 500 fr. environ. Un beau-frère réclame l'argent au maître qui le détient et ne veut pas s'en démunir, mais ne consent pas non plus à me payer. Que dois-je faire ? »

J'ai tenu à citer ces différents extraits de lettres reçues, il y en a bien d'autres parmi les dossiers, pour indiquer comment, d'une façon générale, cette question de l'obligation du maître se pose.

Cette obligation résulte du fait de celui qui, ayant un intérêt à la guérison d'une personne habitant sous son toit, fait appel à un médecin pour donner des soins à la personne malade. Cette obligation résulte aussi d'un usage consacré par un arrêt de la Cour de Lyon. Carré, juge de paix : dans un ouvrage fort intéressant et qui a pour titre *Nos petits procès*, traite cette question dans un sens favorable à la thèse que nous soutenons. Il ajoute même que le maître serait mal venu de retenir à son domestique sur ses gages le montant des honoraires qu'il aurait payé au médecin pour les soins qu'il aurait reçus.

Le privilège en cas de faillite et dernière maladie (Dossier 1453 — 1556 — 1632 — 1691 — 1701 — 1703) a donné lieu à diverses interventions du Sou Médical.

Adressez votre note d'honoraires au syndic de la faillite en faisant valoir que vous êtes créancier privilégié pour soins de dernière maladie. — Ce privilège ne s'applique que pour les soins donnés au failli lui-même, il ne s'étend pas aux soins donnés aux membres de la famille. Il faut aussi, d'après la jurisprudence, que la maladie et par conséquent les soins donnés aient été continus. Une amélioration momentanée dans l'état du malade, amélioration ayant pu suspendre pendant un certain temps le cours de nos visites a été parfois considérée comme rompant le privilège. Votre créance sera admise par le syndic et vous serez appelé à l'affirmer devant lui. Lorsque l'état de la situation sera établi, c'est-à-dire lorsque l'actif et le passif seront connus, ce qui le plus souvent demande un certain temps, vous pourrez participer à la distribution qui sera faite. — Les promesses de paiement verbales faites par la femme n'ont aucune valeur juridique car la femme ne saurait s'engager sans l'intervention de son mari, elles n'ont qu'une valeur morale dont seul vous pourrez apprécier la valeur. Elles sont faites généralement de bonne foi, mais, dans la majorité des cas. n'aboutissent qu'à un résultat illusoire. Dans ces conditions, tâchez d'obtenir un engagement solidaire de la femme autorisée par son mari ou bien encore d'une personne solvable de sa famille. Vous aurez alors un titre sérieux et vous pourrez ne pas faire figurer votre créance à la faillite.

Une autre question souvent posée est *celle du rang qu'occupe ce privilège*, et quels sont les autres créanciers privilégiés qui doivent être payés avant le médecin. Les règles générales du droit établissent que les privilèges sont de deux ordres : privilèges généraux et privilèges spéciaux. Le privilège du médecin en cas de dernière maladie appartient à la première catégorie et il semblerait que dans toutes circonstances sa créance doit prendre place immédiatement après les frais de justice et les frais funéraires. Il n'en est rien cependant ; intervient souvent un créancier particulier. le créancier gagiste — qui a un privilège sur gage qui garantit sa créance ; — c'est celui du propriétaire de l'immeuble sur les meubles qui garnissent sa maison louée. C'est là une surprise plutôt désagréable, mais à laquelle il est bon de songer.

On discutait à un de nos confrères son privilège très nettement établi pour frais de dernière maladie parce que la maladie du failli étant la pelade, ce n'était pas une maladie sérieuse.

Nous n'avons pas hésité à soutenir ce membre du Sou et devant la mise en marche du procès et les avis motivés que nous avons donnés. le syndic a cédé avant jugement et a payé les frais judiciaires. Nous avons pris à notre charge les honoraires des avocats, soit près de 100 fr. La loi étant muette sur la nature de la dernière maladie, ce mot doit être compris dans le sens le plus large et il ne doit pas y être fait d'exception.

Les dossiers 1481, 1507, 1515, posent la question de l'*obligation de la femme mariée pour les soins donnés à elle-même* — pour un accouchement — pour une maladie. C'est elle qui a profité de ces soins et en cas d'insuffisance d'actif des biens de communauté, elle peut être tenue personnellement sur ses biens propres.

Il n'en est pas de même des *soins donnés aux enfants*, cette dette étant une dette de la communauté. Après la faillite ou la déconfiture, lorsque le médecin

est appelé à donner des soins aux enfants ou au mari, la femme sera tenue des honoraires du médecin en vertu des obligations des époux entre eux, art. 672 du Code civil.

La créance médicale se prescrit par deux ans. Les dossiers 1548, 1563 et 1717 contiennent des lettres de confrères, qui demandent conseil. Que valent les lettres écrites par les débiteurs au point de vue de l'interruption de cette prescription qui, si elle est un moyen légal d'acquérir, serait un moyen par trop commode, s'il n'était possible de déjouer parfois les calculs de débiteurs de mauvaise foi.

Les lettres du débiteur pour interrompre la prescription doivent avoir été datées, les débiteurs oubliant, parfois intentionnellement, de dater leurs missives.

Comment remplacer la date absente de manière à faire produire l'effet interruptif utile?

Il a été jugé par la Cour d'Agen, nous dit notre avocat conseil, le 15 mars 1810 (Dalloz, Code civil annoté, art. 2248, n° 22) qu'une lettre *sans date* peut être considérée comme interruptive de la prescription, lorsqu'en la combinant avec les lettres ou autres pièces du procès, il est visible qu'elle a été écrite à une époque antérieure à celle où la prescription a été acquise. Dans l'espèce qui nous était soumise, les soins ont duré jusqu'au décès de la personne, survenu le 14 mai 1904, la prescription serait donc acquise le 14 mai 1906. *Une citation introductive d'instance* ayant été lancée le 24 mai 1906, il faut qu'elle ait été écrite entre la date du décès et la date de la lettre d'avertissement pour conciliation. (art. 2245 du Code civil.). Le juge de paix a le droit de fixer la date approximative de la lettre en s'en rapportant aux vraisemblances et aux usages. Il peut faire état de l'usage constant du corps médical de n'envoyer ses notes aux clients qu'à la fin de l'année, et comme la lettre non datée est évidemment une réponse à un envoi de note ou à une réclamation, en conclure qu'elle se place nécessairement au plus tôt dans les premiers jours de l'année 1905. En interrogeant le débiteur, le pressant de questions sur l'époque à laquelle il a écrit cette lettre, le juge peut se faire une conviction d'après les explications des parties.

La prescription est basée sur une présomption de paiement, elle doit donc être écartée lorsque : « *les explications vagues et embrouillées du défendeur n'ont pu convaincre le Tribunal de la réalité du paiement* ». Trib. civil de Lyon, 9 nov. 1899, Mon. de Lyon 4 *décembre* 1899. Tribunal civil de la Seine, 24 déc. 1900. La Loi 21 mars 1901; Tribunal de la Seine, 6 mars 1901. Gaz. des Trib. 4 juin 1901. — Tribunal de paix de Paris, 22 nov. 1900. Gaz. Trib., 27 janvier 1901. »

Pour que le jugement du juge de paix soit rendu sur des bases juridiques il faut que dans son jugement soient indiquées les raisons de sa conviction.

Faire la preuve par témoins que la créance médicale existe est toujours admissible, lorsqu'il s'agit d'une somme inférieure à 150 francs (art. 1341 du C. civil), sans qu'il faille un commencement de preuve par écrit et d'ailleurs la jurisprudence des Cours d'appel admet unanimement, par application de l'art. 1348, que la preuve par témoins est toujours admissible en ce qui concerne la créance pour soins médicaux, en raison de la nature particulière de l'exercice de l'art médical qui rend impossible au médecin d'exiger de son malade un engagement écrit d'avoir à lui payer ses honoraires.

Il est incontestable qu'un médecin a le droit de prouver par témoins non seulement que telle personne est obligée vis-à-vis de lui au paiement des soins médicaux donnés à elle-même ou à des tierces personnes, mais encore, en vertu des mêmes principes, que cette personne a reconnu le principe de la dette devant témoins.

Lorsque le débiteur invoque la prescription et déclare ne rien devoir, le créancier peut demander au juge de déférer le serment au débiteur. Il doit présenter les termes de ce serment, faire jurer non pas que *la partie adverse ne doit rien, mais qu'elle a payé la dette qui lui est réclamée.*

Lorsqu'un client se reconnaît par écrit débiteur d'une somme déterminée, cette déclaration vaut titre et ne se prescrit que par trente ans. De là l'utilité d'obtenir, quand cela est possible, une reconnaissance très explicite de sa créance. Je sais bien que cela est difficile, mais il est bon pour le praticien, lorsqu'il se trouve en face de clients momentanément gênés, de se faire faire une reconnaissance formelle de la *dette* et *de son montant.*

Je vous ai exposé quelques-unes des multiples questions qui journellement sont posées au Sou Médical. Mais il en reste un très grand nombre de non moindre importance et nous avons conscience d'avoir donné à nos confrères dans l'embarras les conseils qui nous ont paru les plus utiles pour les sortir de peine. —Y avons-nous réussi ? — Notre embarras est grand pour répondre oui; nous ne pouvons exprimer qu'un regret c'est de ne pas recevoir de nos confrères des nouvelles que nous leur réclamons, cependant avec insistance. Presque toutes nos lettres se terminent par cette phrase : « Tenez-nous au courant ». Et très rares sont ceux qui nous disent: « nous avons réussi ou nous n'avons pas obtenu satisfaction. Nous n'avons pas obtenu le résultat que vous nous aviez laissé entrevoir. »

Il nous faut cependant savoir, c'est le moyen de nous perfectionner nous-mêmes dans notre « thérapeutique ». Voyez-vous les médecins que nous sommes prescrivant des médicaments et n'allant pas se rendre compte des effets qu'ils produisent !.. Ainsi donc, mes chers confrères, répondez donc et ne nous laissez pas inquiets et préoccupés par l'incertitude des résultats acquis.

CHAPITRE II.

Les honoraires pour accidents du travail.

Les contestations d'honoraires sont pour ainsi dire la règle lorsqu'il s'agit d'accidents de travail. Les règlements ne se font presque jamais sans discussion.

Les médecins réclament ce qui leur est dû, fixant leurs prix suivant le tarif ouvrier local; les Cies d'assurances ne veulent les payer qu'au tarif le plus réduit, c'est-à-dire au tarif Dubief. La petite correspondance du Concours n'est occupée, le plus souvent, que par des conseils et des indications aux confrères qu'embarrassent de pareilles chicanes. Faut-il donc toujours mettre en garde les médecins contre les procédés des Cies d'assurances? Il y a longtemps que les membres du *Sou* sont prévenus. Le mot d'ordre des Assurances est d'appliquer aux notes d'honoraires des médecins le tarif Dubief et de ne tenir aucun compte des conditions d'application de ce tarif, bien spécifiées cependant par l'arrêt ministériel lui-même, par l'article 4 de la loi, par la circulaire ministérielle qui a suivi la publication du tarif et par le récent jugement du tribunal de Bourg.

Les dossiers 1460. 1462. 1466. 1468. 1505. 1550. 1586. 1589. 1639. 1642. 1646. 1662. 1679. 1681. 1682. 1686. 1723. 1714. 1711. etc., etc., ne sont que la confirmation de ce que je viens d'exposer.

Un confrère me demande conseil et m'écrit : « La Cie d'assurances m'offre 100 francs sur une note de 140 régulièrement établie. C'est trop cher, paraît-il, or il s'agit d'une arthrite cervicale, déterminée par une chute sur la tête, compression du plexus cervical gauche et atrophie de tout le membre. J'ai fait des massages de l'épaule, du bras, de l'avant-bras et de la main, cela pour 3 francs la séance, y compris le déplacement; voilà ce que l'assureur trouve un prix exagéré. »

Un autre confrère me dit l'impossibilité où il se trouve de se faire payer. Il n'ose poursuivre devant la justice le recouvrement de sa note d'honoraires de peur de s'aliéner un client, le patron du blessé; et la compagnie, qui sait cela, se sent forte et ne bouge pas. « Ne serait-il pas possible de poursuivre l'assureur sans l'intermédiaire du chef d'entreprise ? » Hélas non; il n'y a entre l'assureur et le médecin aucun lien de droit, et fort de ce fait que les médecins ne peuvent les poursuivre directement, les compagnies en abusent en tenant, à nos confrères, la dragée haute.

Autre chicane : l'assureur, sans contester au blessé le droit au choix du médecin, lui dit : « Va payer ton médecin et je te rembourserai ce que tu lui auras versé ». Le pauvre diable auquel on demande de faire la preuve qu'il a payé son médecin, ne sait que faire, et, comme il a touché, lui, son indemnité, il file et disparaît.

D'où nécessité pour le confrère de faire un procès pour se faire payer.

« Je quitte St-Z. demain, m'écrit un autre confrère ; comme je réclame devant le juge de paix, le paiement d'une note d'honoraires montant à 30 francs, l'assureur m'en offre 25 car il sait fort bien et s'en vante que pour me faire représenter devant la justice de paix je serai obligé de payer une somme égale à la différence entre le prix que je réclame et celui qu'il m'offre. Comment trouvez-vous le procédé?... »

Un chef d'entreprise écrit à un de nos confrères les lettres suivantes :

– Prière au Dr Z... de visiter le nommé P. mon ouvrier qui vient de me dire qu'il s'est écorché un doigt samedi, et qui est envenimé (sic).

– Prière au Dr Z... de visiter le nommé B... Je ne sais si ça tombe dans les accidents, si oui, délivrez un certificat pour déclaration assurance Y.

– M. le Dr Z... je vous prie de donner des soins au nommé C... ouvrier de mon entreprise.

– Prière à M. le Dr Z... de visiter le nommé R... J'attends de vous un certificat pour attestation. »

Ces quatre billets prouvent qu'en réalité ce confrère a été choisi par le chef d'entreprise lui-même, mais l'assureur ne veut rien entendre et ne prétend appliquer que le tarif réduit. Comme si l'ouvrier avait fait choix lui-même de son médecin !

Une compagnie d'assurance écrit à un de nos confrères : « Vous savez bien que nous ne pouvons accepter votre note telle qu'elle est établie, car le chef d'entreprise n'est tenu, d'après l'article 4 de la loi, que jusqu'à concurrence du tarif ministériel. » Cette compagnie oublie de citer les premiers mots du paragraphe qu'elle vise: « Au cas où la victime aura fait choix elle-même de son médecin, etc... »

Je n'en finirais pas de citer toutes les mauvaises raisons opposées aux médecins pour ne les payer que le moins possible et paraphrasant un mot célèbre il est bien à propos de dire : « Si la bonne foi disparaissait de la surface de la terre ce n'est pas dans la conscience d'un assureur contre les accidents du travail qu'il faudrait la chercher. »

Quelle est l'attitude des chefs d'industrie lorsque les médecins s'adressent à eux pour se faire payer? Leur réponse est toujours la même : « Cela ne me regarde pas, adressez-vous à telle compagnie, débrouillez-vous avec elle, moi je ne veux pas m'en mêler. »

Est-il nécessaire de faire faire une radiographie de diagnostic dans un cas douteux de fracture de l'épiphyse d'un os de la jambe ? la compagnie d'assurance ne veut pas payer. Pourquoi? on ne lui a pas demandé *la permission* d'engager cette dépense, urgente cependant. (D. 1650).

Je n'en aurais pas fini s'il fallait énumérer ici toutes les contestations que l'on fait surgir à chaque réclamation d'honoraires. Et pour être payé il faut toujours, en définitive, aller devant les juges de paix. Aussi les audiences de ces magistrats sont-elles encombrées par les représentants des assurances.

J'aime mieux, car ce serait fastidieux d'en faire une énumération plus longue, vous parler d'un procès que soutenait le Sou Médical et dans lequel notre confrère demandeur a obtenu gain de cause par une décision conforme à l'argumentation que nous lui avons suggérée; il s'agissait de savoir qui, de l'ouvrier ou du patron, était responsable des honoraires du médecin quand, après la consolidation de la blessure et la rente fixée par le tribunal, un traitement approprié améliorait l'état d'incapacité permanente du blessé.

Le juge, par des motifs très juridiques, a déclaré que, dans cette circonstance, le médecin avait été le gérant d'affaires du patron en mettant le blessé dans des conditions meilleures, que ce patron pouvait, devant cette heureuse modification du blessé, être amené à demander la révision du jugement fixant le quantum de la rente et que, même si cette révision n'était pas obtenue, le médecin avait placé son client dans des conditions nouvelles telles qu'elles empêchaient son mal de devenir plus grave et que, là encore, se trouvait l'intérêt du chef d'industrie. Une aggravation des conséquences de l'accident aurait pu se produire sans l'intervention du docteur, et dans ce cas, par suite de la révision demandée par l'ouvrier, le patron pourrait être condamné à augmenter le quantum de la rente déjà fixée par un premier jugement.

Cette jurisprudence est absolument logique et établie d'une façon qu'il est bien difficile de contredire.

Un autre point intéressant est celui qui résulte d'un procès intenté par un membre du *Sou* à un patron dans les circonstances que je vais vous exposer.

Le juge de paix en matière d'honoraires est compétent en dernier ressort jusqu'à concurrence de 300 francs. Au cours d'un traitement devant entraîner des soins longtemps prolongés, un médecin, sans attendre la guérison de son client, a le droit de réclamer au patron, sans laisser sa note dépasser le taux ordinaire de la compétence du tribunal de paix en dernier ressort, le paiement de ce qui lui est dû. En agissant ainsi, il évite les frais d'une instance d'appel devant le tribunal, c'est-à-dire ceux toujours onéreux que comporte la constitution d'un avoué et les honoraires de l'avocat chargé de défendre sa cause. Ce jugement n'est pas définitif et la compagnie d'assurances conduit notre

confrère en appel devant le tribunal où nous le suivons.

Un incident qui s'est produit plusieurs fois est le suivant : un blessé est adressé au médecin par son patron. Vient le moment du règlement des honoraires. Le patron sollicité de payer vient déclarer qu'il ne doit rien, car le sinistre régulièrement signalé à son assureur a été refusé par la compagnie. Dans ces conditions, le médecin n'a pas à savoir (et le voudrait-il il n'a pas les moyens de contrôler les faits) si l'assurance couvre ou ne couvre pas le risque signalé par le patron; ce dernier est responsable des honoraires dus au médecin. C'est le fait du tiers intervenant pour faire donner des soins à une personne à la guérison de laquelle il a un intérêt. Pour se dégager de cette obligation au paiement du médecin, le chef d'industrie aurait dû faire ses réserves et tout au moins avertir le médecin qu'il n'entendait pas le garantir du paiement de ses interventions. (Tribunal de Narbonne par un jugement bien connu et confirmé par un arrêt de la Cour de Cassation.) (D. 1554.)

Que ce principe du libre choix du médecin est donc chose terrible pour nos adversaires! Ils comptent en effet sur la faiblesse de beaucoup d'entre nous, et sont encore trop nombreux ceux qui, alléchés par les promesses d'une clientèle habilement dirigée vers leur cabinet, acceptent les conditions des assurances. Les agents deviennent éloquents, ce sont de beaux prometteurs; les honoraires qu'ils offrent sont alléchants; ils sont presque rémunérateurs, etc. Et la signature est donnée. Quels peuvent être les mécontents? Ce sont les confrères qui, suivant nos conseils, se désintéressent des Assurances. Il est fait à leur endroit un véritable « pistage » des clients. « Lorsqu'un patron exprime un désir, me disait un jour un Directeur de compagnie d'assurance, c'est un ordre qu'il donne poliment. » Et les ouvriers ne s'y trompent pas, il faut obéir au patron même lorsqu'on peut se dispenser légalement de le faire, car il est bon de ne pas l'indisposer contre soi.

Il y a là un véritable et constant détournement de clientèle qui s'exerce au détriment des bons et loyaux confrères. (D. 1565. 1579. 1645. 1707, etc.) Pourquoi sommes-nous obligés de le répéter toujours « le pire ennemi du médecin est le médecin lui-même. » Partout où les médecins se mettent d'accord pour discuter en commun leurs intérêts compromis, les Assurances cèdent et se conforment et aux obligations qu'elles ont consenties à leurs assurés et à la loi.

Que dirais-je encore à ce sujet? Le Sou Médical a eu à trancher d'autres questions intéressantes : les accidents survenus à des ouvriers employés par des tâcherons; la question de savoir si un conducteur d'omnibus attaché à un hôtel et faisant le service de la gare dans une ville de province est ou non couvert par la loi de 98. (Oui, s'il conduit les voyageurs à domicile; non, s'il les conduit exclusivement à l'hôtel qui l'emploie.)

Nous avons pu guider quelques confrères qui, sur la foi de fausses déclarations, avaient soigné des blessés qui n'étaient pas couverts par la loi, ou dont les patrons n'étaient pas assurés.

Enfin pour être complet, je dois vous signaler certains faits délictueux pour lesquels nous n'avons pu obtenir la sanction pénale nécessaire.

L'article 30 de la loi sur les accidents du travail considère comme un délit punissable le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher un ouvrier de librement choisir son médecin, en le privant des indemnités auxquelles il a droit ou en le menaçant de le priver de ces indemnités. Un de nos confrères avait prescrit à un blessé des bains. L'agent d'assurance intervint et dit au blessé : « Si vous prenez les bains que vous ordonne M. le Dr P... ces bains resteront à votre charge. » Nous avons eu beau déclarer qu'il fallait comprendre les soins médicaux et pharmaceutiques dans les indemnités prévues par la loi, ce qui est l'évidence même, le *tribunal* n'a pas voulu le comprendre et n'a pas voulu sévir.

Il en a été de même pour un fait analogue. Les syndicats de la région parisienne, celui de Versailles, celui de Pontoise, celui des médecins de la Seine, l'Union des Syndicats même avaient signalé au Procureur général une tentative ayant pour but de détourner un ouvrier du médecin de son choix. Cet ouvrier était menacé d'avoir à payer lui-même son médecin qui n'était pas le médecin de l'assurance auquel il avait été adressé tout d'abord. Le procureur général n'a pas voulu poursuivre, bien que le délit fût bien caractérisé.

Notre confrère Diverneresse vous dira combien il est difficile de mettre en mouvement l'appareil judiciaire; il a eu à s'occuper de la question et il possède des éléments assez nombreux, des pièces très probantes, de nature à démontrer le mauvais état d'esprit des juges à notre égard. Nous nous en doutions déjà.

CHAPITRE III.

Contestations avec les sociétés de secours mutuels. Le médecin dans ses rapports avec les mutualités. La conférence médico-mutualiste.

Un fait considérable s'est produit cette année. A la suite du banquet mutualiste où nous n'avons pas manqué de faire de la propagande en défendant le droit au libre choix du médecin; à la suite aussi du remarquable article publié par notre confrère Diverneresse sur la question mutualiste; après les nombreuses protestations émanant de tous les groupes médicaux et en particulier de l'Association générale des médecins de France, les grands chefs de la mutualité se sont émus et ont à la suite de nombreux échanges d'idées avec M. le Docteur Gairal, le représentant des Syndicats Médicaux au Conseil supérieure de la mutualité, demandé d'entrer en pourparlers pour voir s'il n'y aurait pas possibilité de trouver un moyen d'entente pour maintenir entre le Corps Médical et le groupe Mutualiste la bonne harmonie nécessaire à la libre évolution de la Mutualité d'une part, et d'autre part à la liberté et à l'indépendance du Corps Médical.

Le danger pour les médecins est grand, et pour démontrer la nécessité de modifier l'état de choses actuel, de chercher une formule nouvelle à nos rapports avec les mutualistes, il suffit d'observer ce qui se passe.

Animé d'un esprit de caporalisme étroit, la mutualité, qu'elle le veuille ou n'en ait pas conscience, devient une énorme machine qui ne tend rien moins qu'à accaparer l'individu. Que cette forme de la société soit une nécessité de l'évolution sociale, nous n'y pouvons rien; mais ce que nous avons le devoir de faire, c'est de résister au nom de la personnalité humaine contre l'accaparement de la confiance, de ce sentiment particulier qui ne s'achète ni ne s'impose. Nous voulons conserver à l'individu la plus grande somme de liberté possible dans le domaine de la libre disposition de lui-même.

Cette commission médico-mutualiste où le Sou Médical était représenté, s'est réunie sous la présidence de M. Emile Loubet, l'ancien président de la République. Les séances de cette « conférence ont été empreintes d'une courtoisie parfaite, mais dès le début s'est fait jour un « état d'âme » tout à fait différent. Du côté mutualiste (au nombre de leurs représentants nous avons eu le regret de trouver deux médecins) le côté commercial, bénéfices, intérêts, a été mis en avant. Que de raisons n'a-t-on pas invoquées pour maintenir le *statu quo*. Les ressources des mutualistes sont faibles et il est nécessaire de restreindre les dépenses. On offre aux médecins qui acceptent les prix réduits des sociétés les avantages d'une clientèle toute faite. C'est une affaire importante qu'on apporte, de là la possibilité d'un rabais. La présence de mutualistes aisés dans les groupes de participants est un mal nécessaire et nous avons obtenu des mutualistes l'aveu qu'il ne leur était pas possible de faire une enquête sur la situation de fortune des gens. Ce sont des droits acquis par de longues années de participation à la mutualité et il serait injuste d'exclure des bénéfices ceux qui depuis longtemps sont à la peine, etc., etc.

Le Sou Médical, par la voix de son représentant, a apporté son concours aux confrères dévoués qui défendaient la cause médicale qui, par surcroît, est aussi la cause véritablement mutualiste. Que voulons-nous en effet? La mutualité plus grande, mais plus libre. Nous voulons que le client, placé en face de son médecin, ne soit dans aucun cas exposé à rencontrer entre eux une tierce personne. Nous voulons la liberté absolue du choix du médecin, et comme moyen d'y parvenir, la suppression du service médical des sociétés, l'affaire d'argent et d'indemnité devant se passer entre la société et son sociétaire, l'affaire médicale entre le médecin et son client.

Quant aux contestations entre les sociétés de secours mutuels et les médecins, le Sou Médical n'a eu à s'occuper incidemment que du conflit survenu entre les médecins de Saint-Ouen et les sociétés mutuelles de cette localité. La question est toujours tendue en raison de ce fait que les mutualistes ont trouvé un médecin complaisant qui s'est mis à leurs gages.

Le Sou a fait une partie des frais d'une propagande active par circulaires distribuées sur la voie publique, à la porte des établissements où se trouvent des réunions mutualistes, en démontrant la nécessité de laisser les sociétaires absolument libres de choisir leur médecin.

CHAPITRE IV.

Détournement de clientèle. Cessions de clientèles. Honoraires du médecin d'hôpital donnant des soins à des non indigents et en particulier aux victimes du travail hospitalisés. Service médical imposé aux assurés par les assurances individuelles ou par les assurances contre les accidents agricoles. Abus de pouvoir des administrations.

Les gens, collectivités ou individus, qui cherchent à se prévaloir d'une autorité quelconque pour détourner les clients du cabinet d'un médecin pour les diriger vers un autre cabinet, ces « directeurs de confiance », sont hélas très nombreux. Beaucoup, et en disant cela je parle des individus, n'ont d'autre intérêt à la chose que le fait de reconnaître les services qui leur ont été rendus par le médecin appelé à leur donner des soins dans certaines circonstances; ils paient en définitive une dette de reconnaissance et font de la réclame pour celui qui leur a « sauvé la vie ». C'est le meilleur médecin, etc., jusqu'au jour souvent proche, où ce praticien s'avise d'adresser une note d'honoraires qui semble élevée, ou bien insiste par trop pour le paiement de ce qui lui est dû.

Tous, plus ou moins, nous avons été l'objet de ces éloges dithyrambiques et nous nous sommes ainsi souvent persuadés que la roche tarpéienne était très proche de la voie triomphale. Mais il n'y a là que l'évolution normale de la clientèle, cette raison pour laquelle marchent les nouveaux venus, qui n'ont pas eu encore le temps d'être mécontentés. Les gens sont loués unanimement sans voix discordante. C'est là la cause de certains succès qu'on ne s'explique vraiment pas. Puis le meilleur médecin d'un pays c'est celui qu'on a appelé. Cela est si naturel. On se garderait bien de demander des conseils plus mauvais. Ce n'est donc pas de ces détournements de clientèle que je vous parle. J'ai dit que les collectivités ne se gênaient pas pour le faire en instituant des monopoles. Et pour les détenir ces monopoles, à qui s'adressent-elles? Au plus instruit, à celui qui offre des garanties d'expérience, de moralité, de savoir ? Non. Au moins offrant et dernier enchérisseur, à moins cependant que ce soit une administration publique qui ne s'informe non pas de la qualité du médecin, mais donne ses faveurs à la couleur de la cocarde. Ces faveurs!! N'insistons pas. Ainsi il arrive que parfois le titulaire se trouve être un vulgaire forban de la médecine qui n'a en fait de diplôme que celui germé dans son imagination.

Un autre procédé employé par les collectivités pour détourner les malades du cabinet de certains médecins indépendants, pour les diriger vers les médecins spéciaux, est le fait des Compagnies d'assurances-accidents. Elles expriment à leurs assurés *le désir* et on sait ce qu'est *un désir* exprimé dans certaines circonstances par des patrons ou des assureurs d'adresser les blessés de préférence aux médecins spécialement agréés par elles.

La loi a beau proclamer que la liberté de l'ouvrier blessé peut toujours s'exercer, on respecte la loi, mais on fait tout pour la tourner.

Un troisième groupe d'agents de compagnies d'assurances détournent systématiquement les malades ou blessés du médecin indépendant. Ce sont les agents des compagnies d'assurances agricoles. Ils vont trouver un fermier qui emploie un ou plusieurs domestiques et lui disent: « Assurez-vous contre les accidents, on ne sait jamais ce qui peut arriver et en cas de malheur vous n'aurez à vous occuper de rien. Nous prenons à notre charge les frais du médecin, du pharmacien et nous vous assurons une somme de tant par jour pendant le temps d'invalidité du blessé. »

Le fermier signe : survient un accident, il s'empresse de faire venir un médecin qui donne des soins à la victime. Puis il s'adresse à la compagnie d'assurance pour payer et médecin et pharmacien dont les notes lui sont présentées. L'assureur, police en mains, refuse tout paiement sauf l'indemnité journalière et quelquefois un certificat qu'elle tarifie elle-même trois francs en disant : je vous donne il est vrai les frais médicaux et les médicaments, mais à la condition inscrite au contrat que les soins et les médicaments sont donnés par un médecin et un pharmacien agréés par moi. Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de médecin dans la région, c'est la même chose, et le fermier qui a des ennuis à l'occasion du médecin, en veut à ce dernier des ennuis que lui cause une assurance qui n'hésite pas à dire : mais nous ne demanderions pas mieux de nous entendre avec votre mé-

decin, mais il a des prétentions tellement exorbitantes qu'il n'y a moyen de rien faire. C'est un exploiteur, puisque nous trouvons des médecins qui acceptent d'être nos médecins à des prix bien inférieurs.

Que les confrères qui acceptent de pareilles situations sont aveugles. Ils sont les premiers volés. Ils sont pris des deux côtés, du côté assurance, qui leur fait entrevoir des bénéfices importants et du côté des confrères qu'ils contribuent à faire exploiter et qu'ils mettent dans de profonds embarras. Quand donc les médecins auront-ils suffisamment d'indépendance d'esprit pour voir que tous les privilèges, tous les monopoles, toutes les situations offertes par les groupements et les collectivités sont une abdication de leur indépendance et qu'ils laissent à ces hommes entrevus plus d'honoraires qu'ils n'en reçoivent.

Voilà les principes que dans maintes lettres j'ai développés aux confrères m'écrivant et me consultant sur ce sujet. J'espère que ma parole aura été entendue. Du reste, le plus souvent, c'est à la suite de déboires que j'étais appelé à conseil.

La question des *honoraires du medecin d'hôpital* a été réglée par la loi sur les accidents du travail. La question n'est pas clause cependant. Certaines commissions administratives ont appliqué la loi,en ce qui les concerne, avec un grand esprit d'équité que nous devons reconnaître. Elles ont perçu,par accidenté du travail hospitalisé, un prix de journée supérieur au prix de journée établi pour leurs établissements hospitaliers, et de cette somme ainsi perçue elles ont fait deux parts; une attribuée comme recettes supplémentaires à la caisse de l'hôpital et la seconde part attribuée au chirurgien de l'hôpital. Mais combien d'autres commissions administratives (c'est le plus grand nombre) se sont contentées d'encaisser sans rien distribuer aux médecins, tirant ainsi, sans compensation pour ce dernier, un bénéfice de son travail. Il est vrai que le médecin, ce grand seigneur, n'a pas réclamé !

Nous engageons très vivement nos confrères à se faire rémunérer et à réclamer auprès des commissions hospitalières. Vous percevez un droit sur mon travail, vous faites cette spéculation grâce à la loi, mais halte-là, j'ai droit à une participation, part à deux.

Qu'il est difficile d'obtenir satisfaction, de faire rendre justice lorsque l'administration, celle que personne en Europe ne nous envie plus, abuse de pouvoir vis-à-vis de nous.

L'affaire V... est toujours pendante; actuellement devant le conseil d'Etat.

L'affaire D... de même. Que voulez-vous, nous luttons toujours, mais la lutte est dure, et notre action bien que constante est lente. Ne pésespérons pas cependant. « La goutte d'eau tombant à la même place parvient à perforer la roche la plus dure ». C'est ainsi que dit la Sagesse des nations, disons comme elle et continuons l'effort commencé.

Contrats et cessions de clientèle.

(D. 1.557, 1.494, 1.472.) Les médecins peuvent-ils s'engager vis-à-vis d'un confrère qui leur enseigne l'emploi d'un procédé secret pour arriver à la guérison rapide de maladies dont la guérison est ordinairement lente par les procédés ordinaires. C'est là question de déontologie et ce n'est qu'incidemment et au point de vue de la légalité de pareils contrats que nous avons été appelé à donner notre avis. Il y a là une conception commerciale de l'art de guérir et nous avons assez souvent donné notre opinion à ce sujet pour qu'il soit inutile de dire ici ce que nous avons répondu. Déterminer une méthode de curabilité d'un mal et ne pas le proclamer bien haut, le garder secret, n'est pas médical dans la large acception du mot. La loi considère des contrats de ce genre comme nuls; la jurisprudence les condamne comme contraires à l'ordre public et la violation de pareils engagements ne saurait avoir de sanction en justice.

Le Sou Médical a pu,comme les années précédentes, rendre à des confrères cédant leur clientèle ou à de jeunes médecins désirant en acquérir, le service de les guider dans la rédaction de l'acte de cession. Le vendeur prend l'engagement de faire ou de ne pas faire telles ou telles choses; de présenter son successeur à la clientèle,de ne pas exercer dans la région, de céder meubles et droit au bail, etc., etc., l'acquéreur en échange de ces engagements s'oblige à payer un prix déterminé. Les parties s'engagent en cas de contestations sur l'exécution de ces conventions à soumettre le litige à l'arbitrage du Conseil du Sou Médical.

Dans un cas particulier nous avons pu,par des démarches amiables, amener à s'entendre deux confrères prêts à plaider et cela pour le plus grand bien des deux adversaires d'un moment, qui ont pu renouer des relations amicales que la question d'argent avait momentanément troublées.

Pour arriver à ce résultat votre secrétaire général a dû faire auprès des parties de nombreuses démarches et il a eu la grande satisfaction d'aboutir, ce qui n'est pas hélas, toujours de règle.

Nos confrères ont eu à plusieurs reprises à se plaindre de la négligence apportée par certains officiers ministériels dans l'exécution des mandats de justice qu'ils leur avaient confiés. « *De minimis non curat* ». Les affaires dont avaient à s'occuper ces huissiers étaient vraisemblablement de trop peu d'importance! Toujours est-il que le Sou Médical intervenant a démontré à ces négligents qu'il fallait compter avec lui et que nos confrères ne resteront plus isolés lorsqu'il s'agira de se défendre.

Les magistrats peuvent, eux aussi, abuser de leurs pouvoirs. Certaines sentences rendues en dernier ressort sont parfois des dénis de justice tellement évidents qu'il y a lieu de protester. Mais. dira-t-on, la Cour suprême peut casser de pareils jugements? Pas toujours. Les jugements des juges de paix rendus en dernier ressort ne sont susceptibles de pourvoi en Cassation qu'en cas d'incompétence et d'abus de pouvoir. (loi du 27 nov. et du 1er déc. 1.790, art. 4). Cet article interdit tout pourvoi contre les sentences des juges de paix rendues en dernier ressort. Cependant la loi du 27 ventose an VIII déclare que le pourvoi peut être admis, bien que le juge ait prononcé en dernier ressort, toutes les fois qu'il a abusé. Que faut-il entendre par abus de pouvoir?

C'est le cas où un fonctionnaire, un juge, fait des actes étrangers à l'autorité dont il est investi; empiète sur les attributions du pouvoir législatif ou administratif. Vous voyez qu'il est difficile et pour ainsi dire assez rarement possible d'aller devant la Cour de Cassation. Cela est d'autant plus grave que la compétence du juge de paix ayant été étendue dans une très large proportion, les jugements de ces magistrats font exception à la règle générale du recours d'une juridiction inférieure à une juridiction supérieure.

Chapitre V.

Exercice illégal de la médecine; Le congrès pour la répression de l'exercice illégal; Exercice illégal par les pharmaciens, les sages-femmes ; Assis-

tance médicale gratuite; Loi sur la santé publique; De la déclaration obligatoire des maladies contagieuses; Inspection sanitaire des écoles.

Notre société a été consultée bien souvent par des confrères au sujet de l'exercice illégal de la médecine. Comment faire cesser les abus nombreux, l'exploitation éhontée de la crédulité, de la santé publique dont se rendent coupables un tas de gens sans savoir, sans conscience, sans vergogne et, disons-le, sans aveu... Hélas, que cela est difficile !... Ce serait à croire que ceux que la loi a désignés pour réprimer ces délits sont complices des méfaits des médicastres. Les parquets vous répondent quand il vous arrive parfois de vous plaindre : mais il n'y a que les médecins qui protestent contre cet état de choses, c'est une question de boutique.... Et si, par hasard, la Justice s'ébranle, c'est pour infliger des peines dérisoires qui sont pour les condamnés de véritables réclames.

Les statistiques de cette année ne sont pas brillantes. C'est un syndicat de l'ouest débouté et condamné aux frais.

C'est un rebouteur qui, malgré de nombreux méfaits, est respecté par le Parquet d'un tribunal du sud-est parce que, protégé d'un chanoine, il n'est que le « masseur » d'un officier de santé.

Le congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine a tenu ses assises cet été sous la présidence du Dr Gairal, président de l'Union des syndicats, le président désigné, le Professeur Brouardel, déjà frappé à mort par la maladie, n'ayant pu que venir faire acte de présence. Il s'y est dit de fort bonnes choses à ce congrès, il y a été démontré que l'arsenal de nos lois était assez bien établi pour la défense de la santé publique, mais aussi il a été très clairement démontré que la magistrature, en la circonstance, était absolument au-dessous de sa mission sociale. Elle ne veut pas sévir parce qu'elle ne se rend pas compte que les charlatans qui se dissimulent sous la peu modeste marque de bienfaiteurs de l'humanité ne sont, en définitive, que des forbans, de véritables escrocs. L'idée de ce congrès est née au Sou Médical. Le docteur Levassort, dans son remarquable rapport, en attribue le parrainage à votre secrétaire général. Cela est la vérité. Fidèle à son programme, le Sou Médical se trouvera toujours aux premiers rangs de la défense professionnelle et quel que soit le groupement qui entreprendra un mouvement dans ce but, quel que soit le lieu où il se formera, vous le trouverez toujours le premier au combat, y allant de son influence et de sa caisse. Notre Conseil a mis la somme de 500 francs à la disposition des organisateurs du congrès et vous l'approuverez.

Les pharmaciens, les sages-femmes ne sont pas seulement pour le praticien des collaborateurs, ce sont parfois de véritables concurrents. Que faire ? Que la question est délicate!... Sur les conseils du Sou, plusieurs syndicats ont adressé aux pharmaciens et sages-femmes de leur circonscription des circulaires les avertissant des dangers qu'ils courent en sortant des attributions légales de leur profession et de la ferme intention des médecins de ne plus tolérer semblables abus. Quel effet cela a-t-il produit ? J'espère que ces circulaires auront tempéré l'ardeur du *prurigo medicandi* de mesdames les sages-femmes et de messieurs les pharmaciens. Mais je n'en suis pas bien persuadé.

Pourquoi faut-il que nous ayons eu à réclamer les sanctions légales contre des étudiants en médecine? Que nos jeunes futurs confrères se persuadent bien qu'il n'y a pas eu d'animosité contre eux, mais, comme des étourdis, ils sont venus faire le jeu de collectivités hostiles aux médecins, se laissant prendre aux boniments des compagnies d'assurances ou des sociétés de secours mutuels et nous supplanter dans la région où ils s'installaient sans diplôme. La justice si douce aux rebouteux a été très dure, nous l'eussions voulue plus indulgente.

La loi sur la santé publique promulguée depuis deux ans est loin d'avoir reçu ses applications complètes et cependant elle blesse le médecin dans des circonstances nombreuses. La déclaration des maladies contagieuses, qui doit être faite obligatoirement par le médecin, expose le praticien à de véritables dangers. Il mécontente ses clients; il indispose les populations sans compter d'autres ennuis; cela tient évidemment à ce que, comme très souvent en matière législative, on a mis comme on dit « la charrette avant les bœufs ». La loi a été faite avant que l'éducation du public en matière d'hygiène et de prophylaxie ait été préparée.

Une histoire assez curieuse est arrivée à un de nos confrères médecin des hôpitaux qui se trouvait en villégiature dans une petite ville du bord de la mer. Il eut à soigner dans une villa voisine de celle où il était descendu, deux cas de diphtérie ; déclaration de la maladie contagieuse au maire et demande de désinfection des locaux; fureur du maire qui écrit au confrère : « Tant pis si les habitants cassent les vitres de votre villa et vous obligent pour ne pas être assommé ainsi que les vôtres à gagner au plus vite la gare par un chemin détourné. Il ne fallait pas jeter l'effroi et chercher *à ruiner* une population qui ne vous avait pas fait mauvais accueil. »

Vous avouerez qu'il n'est pas encourageant dans ces conditions d'appliquer la loi entre ces deux situations pénibles: être obligé de payer l'amende ou être dans le cas d'être assommé par les populations; on est libre de choisir, mais il me semble que j'aimerais mieux payer l'amende, et vous aussi. C'est pourquoi cette déclaration obligatoire des maladies contagieuses est faite d'une façon irrégulière et bien illusoire... Pourquoi la loi a-t-elle rendu le médecin responsable de cette déclaration? Pourquoi le chef de famille averti par le médecin qui lui délivrerait un certificat détaché du registre à souche n'irait-il pas faire la déclaration lui-même ; le médecin délivrant un certificat ferait signer sur la souche le récépissé de ce certificat et cela pour couvrir sa responsabilité au cas où le chef de famille n'aurait pas fait la déclaration précise et fait parvenir à l'administration le certificat délivré par le médecin. J'ai indiqué cette formule à tous les confrères qui m'ont écrit à ce sujet et je crois qu'il y a lieu de la proposer à moins... qu'une forme meilleure soit indiquée. Tous nos efforts individuels auprès des législateurs que nous connaissons, tous les efforts de nos syndicats doivent tendre à faire modifier la loi dans ce sens. Le secret médical est une des prérogatives de notre profession que dans ces derniers temps nous avons laissé trop affaiblir.

La loi sur la santé publique a prévu l'inspection médicale des écoles. Nous avons reçu de divers points de la France des demandes de renseignements au sujet des honoraires qu'il fallait réclamer pour ces fonctions nouvelles et nous avons dû nous expliquer et exposer la façon dont nous comprenons cette grave question.

Quels sont les médecins qui doivent participer à ce service? Tous les médecins de la région qui

voudront en accepter la tâche, avons-nous répondu. Il ne faut pas créer de postes priviligiés nouveaux. De même que tous les médecins sont égaux devant le percepteur, de même pour certaines fonctions publiques, l'inspection des écoles en particulier.

Quel traitement réclamer pour ce travail? J'ai pensé que les médecins devaient être payés, non par un traitement fixe, mais par vacations. C'est le seul moyen équitable de rémunérer le travail que les médecins appelés à faire le service s'imposeront. On ne parle rien moins que d'établir des feuilles sanitaires individuelles. Voyez ce temps énorme qu'il faudra consacrer à cette tâche si les écoles sont un peu nombreuses. . Chaque examen qui devra être renouvelé au cours de l'année comportant la mensuration de la taille, du périmètre thoracique, l'auscultation de la poitrine, du gros vaisseau, et l'examen général de la constitution de l'enfant, son poids, etc. J'estime qu'il est impossible d'examiner consciencieusement plus de 15 à 20 enfants à l'heure; et encore !!

Pour notre vice-président, le Dr Jeanne, auteur d'un remarquable projet sur l'inspection sanitaire des écoles, le service devra être départemental et payé par les fonds départementaux. Peu importe la décision prise, l'essentiel c'est que l'inspection sanitaire soit bien faite, réponde au but de prophylaxie qu'on se propose et aussi que les médecins soient honorés convenablement et en raison du travail fourni.

Chapitre VI.

Tarifs médico-légaux. Tarif des expertises médicales pour les accidents du travail. Vérification de numéros. Responsabilité civile du médecin. Arbitrages.

Plusieurs confrères se sont vu contester, sous prétexte qu'ils étaient exagérés, des mémoires d'honoraires pour expertise médico-légale. Le tarif de novembre 1893 ayant fixé les prix des diverses interventions, la discussion de ces mémoires ne pouvait se faire que sur deux points différents : 1° Divergence d'avis du juge et du médecin sur la dénomination et la nature de l'opération médicale; — 2° Contestation à propos du nombre des vacations. Sur le premier point : faut-il considérer l'autopsie d'un enfant trouvé dans une rivière et y ayant séjourné un certain temps comme une autopsie faite avant inhumation ou faite après exhumation? La question est spécieuse mais le simple bon sens doit intervenir dans la circonstance pour interpréter le tarif de bonne foi. Il est certain que ce que le législateur a voulu c'est que l'opération de l'homme de l'art soit rémunérée suivant les difficultés qu'il rencontre ou les facilités plus grandes qu'il trouve à exécuter la besogne qui lui est confiée.

Or, l'autopsie d'un corps après exhumation est un travail pénible et fort désagréable en raison de l'état de putréfaction plus ou moins avancé du cadavre. Il en est de même pour le corps d'un enfant. Autant la chose est simple lorsque la mort est récente, autant elle est pénible lorsque l'enfant est à moitié décomposé par la macération dans l'eau ou le séjour dans une fosse d'aisances, ou sous les couches de fumier. Certains juges taxateurs n'ont pas craint d'émettre un avis contraire. Nous avons fortement engagé nos confrères à maintenir leurs prétentions, à faire valoir les raisons que je viens d'exposer et ils ont eu gain de cause.

Nos confrères ont rencontré et rencontrent souvent encore de grandes difficultés lorsqu'ils ont à établir leur mémoire d'honoraires dans les cas d'expertises pour le tribunal de paix ou pour le tribunal civil dans des cas d'accidents du travail. Un des derniers numéros du *Concours* contient une note que j'ai rédigée sur ce sujet assez obscur. J'ai tâché d'y mettre un peu de clarté. Nos confrères dans l'embarras devront s'y reporter. Le tarif à appliquer est et doit toujours dans tous les cas être le tarif civil, même au cas où l'ouvrier est assisté judiciaire et demandeur à l'instance.

Comme chaque année votre secrétaire général s'est mis à la disposition des membres du Sou qui lui ont demandé son avis pour les vérifications des notes d'honoraires. Ce travail est, il faut l'avouer, assez fastidieux et prend un temps précieux. Aussi le conseil a-t-il étudié la création possible d'un poste de vérificateur spécial des mémoires d'honoraires, Sera-t-il donné suite à ce projet? Vous en déciderez.

Notre caisse de responsabilité civile a eu à fonctionner une seule fois et pour un cas peu important. Elle est prête à fonctionner et devant des menaces reconventionnelles de dommages et intérêts, opposées à des réclamations d'honoraires, nous avons entr'ouvert l'huis de notre précieux trésor. Fort heureusement les affaires se sont arrangées à l'amiable et nous n'avons eu presque rien à payer.

Le seul cas qui a amené le versement d'une indemnité à un confrère est une affaire de certificat. Je vous en conjure dans l'intérêt de la caisse de garantie, n'ayez pas le certificat trop facile. Le certificat est un danger, ne le donnez qu'à bon escient et surtout gardez-vous d'émettre des opinions sur les faits que le certificat doit seulement relater.

Dans l'espèce, un jeune confrère avait délivré un certificat à un membre d'une société de secours mutuells, chose peu importante et sans conséquence pensait-il ; on lui a démontré le contraire. Une lettre malencontreuse a mis le feu aux poudres et pour éviter une affaire plus grave il a fallu parlementer et transiger, le Sou Médical en a facilité les moyens.

« On ne m'y reprendra plus », écrit le confrère, remerciant chaudement le Sou ; il eût mieux valu ne pas s'y laisser prendre.

Fidèle à nos principes, nous proposons à tous nos confrères de faire régler leurs différends par voie d'arbitrage régulier. Trois cas se sont présentés cette année; pour deux d'entre eux, nous n'avons pu obtenir des parties un compromis régulier d'arbitrage. Pour le troisième, après une volumineuse correspondance échangée et des difficultés sans nombre, nous avons été assez heureux pour aboutir.

Trois confrères s'étaient ligués pour organiser les soins à donner aux victimes du travail. Tant qu'ils restèrent unis, la ligue fut prospère. Que se produisit-il certain jour? une fissure, précédant une rupture. Comment mettre l'accord. Nous y sommes parvenus. MM. les docteurs Vimont, Louis Gassot et votre secrétaire général, profitant d'une belle journée de février furent se constituer en tribunal. Après le prononcé de la sentence, un confraternel repas réunissait et juges et justiciables, ces derniers accompagnaient leurs juges jusqu'au train. Si on a 24 heures pour maudire ses juges, nos confrères de X... n'ont pas usé de ce droit.

Chapitre VII.

Déontologie. — Divers. — Propagande.

Le Sou Médical n'est pas une société de déontologie. Il laisse aux syndicats médicaux la responsa-

bilité de régler les questions de cet ordre, mais comment rester étranger aux choses qui touchent si intimement à l'exercice de notre profession? Lorsqu'on nous demande notre avis, nous répondons toujours : c'est affaire syndicale; adressez-vous à votre syndicat.— Je ne fais partie d'aucun groupe, nous répond le confrère, guidez-moi. Il est certain que, dans ces conditions, nous nous laissons aller à répondre aux questions posées. Si nous le faisons, c'est que nous nous adressons à des jeunes, ignorants du côté pratique de la vie médicale s'ils sont instruits de doctrine. Nous leur rendons alors de grands services. « Soyez d'un syndicat, leur disons-nous tout d'abord. S'il n'en existe pas, allez trouver un de vos confrères, un de ceux que vous croirez le plus autorisé pour prendre cette initiative et poussez-le à le faire, à former un groupement. Venez à l'Association générale des médecins de France en adhérant au groupe local. Souscrivez au Concours au Sou Médical, au Patronage, faites une demande pour être admis à l'Amicale, etc. » C'est comme cela que nous débutons avant de répondre à la question qui nous est posée. Et nous sommes écoutés. On vient à nous. Quelques mois après, nous recevons la lettre de faire part de la naissance d'un nouveau syndicat médical, dont le plus souvent le jeune confrère a été désigné comme secrétaire. Aussi nous avons beau dire: nous ne voulons pas nous occuper de déontologie, nous nous laissons toujours entraîner à le faire.

Rapport du trésorier

Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier du *Sou Médical* pour l'année 1905.

Le nombre des membres qui, pendant cette année, ont cotisé régulièrement s'élève à 934. Vous le voyez notre nombre ne s'accroît que lentement : c'est que, si chaque année nous prononçons un grand nombre d'admissions, chaque année aussi un assez grand nombre de membres, qui avaient cru avoir besoin du *Sou Médical*, qui parfois même avaient bénéficié de ses bons offices ou de son appui pécuniaire se croient dorénavant en sûreté et se retirent purement et simplement.

Quoi qu'il en soit, notre nombre est en progression et c'est là l'essentiel.

Recettes.

Les recettes de l'année 1905 se sont élevées à 22.652 fr. 55, savoir :

Cotisations	18.324 »»
Intérêts	239.10
Recouvrements	214.30
Divers	71.40
Dons	55.20
Versement du Concours Médical	1.868 »»
Remboursement d'avance	1.880 55
Total	22.652.55

Remarquons que les remboursements d'avances ne pouvant être considérés comme des recettes ordinaires celles-ci s'élèvent seulement à 20.772 fr. en réalité.

Dépenses.

Pendant la même année 1905, les dépenses se sont élevées à 12.889 fr. 85, savoir :

Matériel	52.05	2.285.25
Impressions	521.15	
Poste et transports divers	328.10	
Timbres quittances	56.10	
Frais de recouvrements et rappels	93 50	
Frais de bureau	450 »»	
Frais de trésorerie	1.50	
Divers	702.85	
Indemnités au Président, au secrétaire général et au Conseil judiciaire		6.200 »»
Indemnités aux sociétaires		4.414.60
Total		12.899 85

J'ai fait à tort figurer aux dépenses d'administration les dépenses classées sous la rubrique *Divers* : il aurait été préférable de les scinder et de classer sous une rubrique spéciale la participation du *Sou Médical* au Congrès de l'exercice illégal et les frais de représentation du *Sou Médical* au Congrès de Liège, dépenses qui s'élèvent à 700 francs.

Je rappellerai encore qu'il est impossible de classer comme dépenses d'administration les indemnités accordées au Président, au Secrétaire général et au Conseil judiciaire : ce sont là des dépenses faites en faveur des sociétaires au même titre que les indemnités qui peuvent leur être allouées directement. Elles représentent en effet des frais d'avis, de consultations, rapports, expertises, arbitrages...tous services qui ont leur valeur, qui sont les plus nombreux et qui le plus souvent empêchent nos sociétaires d'aller devant la justice, ce qui coûterait beaucoup plus cher.

Balance des comptes.

Si au total des recettes de 1905		27.652.55
on ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre 1904	4.506 20	
et les espèces en caisse à la même date	99 67	4.605 87
on trouve		27.258 42
Et si l'on retranche les dépenses		12.899 85
on trouve un excédent de		14.358 57
représenté par :		
Espèces à la Société générale		13.243 80
Espèces en caisse		1.114 77
Total égal		14.358.57

Avoir au 31 décembre 1905.

Le *Sou Médical* possède au 31 décembre 1905 :

1° Portefeuille ;		
15 obligations chemin de fer P. L. M., 2,5% au prix d'achat		6.207 75
2° Espèces :		
A la Société générale	13.243 80	
En caisse	1.114 77	14.358 57
Total égal		20.566 32
Créance sur un sociétaire		mémoire

Il y a peu de chance de rentrer dans cette créance, le sociétaire en question ne faisant plus partie du *Sou Médical.*

Dans cette somme de 20.566 fr. 32 est comprise la dotation de la Caisse de garantie soit 3.736 fr., l'avoir se trouve réduit à 16.830 fr. 32, encore cette somme n'est elle pas entièrement disponible ; nous avons en effet pour des affaires en cours ou non liquidées des indemnités à verser et de plus certaines dépenses à payer.

Caisse de garantie.

Elle est alimentée par un versement de deux francs, par membre ; opéré par la caisse du *Sou Médical* et par un versement égal fait par les propriétaires du journal le *Concours Médical.*

Le nombre des membres ayant été, en 1905 de 934, la caisse du *Sou Médical* a versé	1.868 »»
Et les propriétaires du Concours Médical	1.868 »»
La caisse de garantie possède donc	3.736 »»

Vous voyez, Messieurs, que la situation du *Sou Médical*, malgré les innombrables services qu'il rend à ses membres, malgré la part active qu'il prend à la défense professionnelle, reste des plus prospères. Souhaitons que les adhésions qui ont été fort nombreuses au cours des trois premiers trimestres de l'année 1906 soient plus nombreuses encore au cours de l'année qui va commencer.

Le Conseil d'administration vous demande de vouloir bien approuver ces comptes d'une manière définitive.

Le trésorier,
A. GASSOT.

Membres nouveaux du « Sou médical ».

(Admis dans la réunion du 25 octobre 1906.

1202. Dr Moran à Brest (Finistère).
1203. Dr Goy à Cressia (Jura).
1204. Dr Vidal (Charles) à Castres (Tarn).
1205. Dr Laisney à Paris, 4, rue Ordener.
1206. Dr Hôtellier à Bellegarde (Ain).
1207. Dr Gloppe à Saint-Etienne (Loire).
1208. Dr Gadaud à Périgueux (Dordogne).
1209. *Dr Duponchel à Périgueux (Dordogne).*
1210. Dr Breuil à Troyes (Aube).
1211. Dr Manesse à Bertry (Nord).
1212. Dr Audoucet à Verzenay (Marne).
1213. Dr Szmigielski à Tourouvre (Orne).
1214. Dr Chaffal aux Abrets (Isère).
1215. Dr Leroux à Crulay (Orne).
1216. Dr Hocquette à Sains-Richaumont (Aisne).
1217. Dr Challamel à Paris, 1, avenue Reille.
1218. Dr Moulon à Paris, 58, rue de Terre-Neuve.
1219. Dr Lavergne à Héricy (Seine-et-Marne).
1220. Dr Vidal à Pierrefonds (Oise).
1221. Dr Mitzora à Essoyes (Aube).
1222. Dr Terreil à Paris, 28, quai du Louvre.
1223. Dr Weiss à Paris, 38, boulevard Voltaire.
1224. Dr Courtier à Paris, 369, rue des Pyrénées.
1225. Dr Lechat à Laigné-en-Belin (Sarthe).

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le Tarif ouvrier et non le tarif Dubief

La jurisprudence vient de confirmer ce que nous avions tant de peine à faire admettre, l'an dernier, à nos confrères : *l'appel du patron, ou de l'usine, ou du responsable quelconque, entraîne juridiquement l'application du tarif ouvrier régional et non celui du cas où l'appel vint de la victime.*

Un tribunal vient de le dire après le juge de paix. Que les médecins se le répètent donc et ne lâchent pas pied de ce côté sous peine de se faire traiter, avec raison, de rabaisiens, ce qui entraîne l'exclusion dans les vrais Syndicats.

Merci au Dr Chapuis (de Vienne, Isère), qui nous a fait tenir ce jugement.

Tribunal de Bourg.

Présidence de M. BERRIAT, *président.*

Audience du 10 *août* 1906.

Accidents du travail. — Soins médicaux. — Quantum.

Loi du 31 mars 1905,

Aux termes de l'art. 1er de la loi précitée, l'ouvrier peut lui-même choisir son médecin ; dans ce cas le chef de l'entreprise ne peut être tenu aux frais médicaux que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif spécial.

Ainsi jugé :

Le Tribunal

Attendu qu'il résulte des documents de la cause que les soins donnés par le Dr V.. aux ouvriers de la Soc. Vicas, l'ont été, non sur la demande des ouvriers, mais à la requête de la Société ;

Attendu qu'aux termes de l'art. 1er de la loi du 31 mars 1905, l'ouvrier peut lui-même choisir son médecin ; que, dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu aux frais médicaux que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif spécial ;

Attendu que cet article a été édicté dans l'intérêt des patrons, en prévoyant le cas où un ouvrier s'adresserait à un médecin qui se croirait en droit de demander des honoraires élevés ; mais qu'il se borne à régler les rapports existant entre le patron et l'ouvrier et non ceux pouvant exister entre le médecin et l'ouvrier ou le médecin et le patron ; *que, par suite, cet article n'est pas applicable en l'espèce ;*

Attendu, d'autre part, que le montant des honoraires réclamés n'est pas exagéré ; que le docteur a pris pour base le tarif régional, spécialement établi pour les classes ouvrières et que c'est à bon droit que M. le juge de paix a accueilli sa demande ;

Par ces motifs,

Confirme le jugement.

Plaidants ; Mes Bugaud, du barreau de Lyon ; Dupré, du barreau de Bourg ; Ministère public : M. Lesbron, substitut.

(« Journal *La Loi* » 29 octobre 1906).

A propos d'un Jugement du Tribunal de Paix de Tours

Du 28 septembre 1906.

Le 26 avril 1906, se présente à ma consultation un ouvrier menuisier porteur d'un panaris, et me déclarant s'être piqué en travaillant, trois jours auparavant.

Je le considérai comme accidenté du travail, en lui donnant le certificat initial, pour remettre au patron, avec incapacité probable de quinze jours.

Je lui fis une ordonnance et lui dis de revenir.

Je ne l'ai jamais revu... que s'est-il donc passé ? vraisemblablement ceci : le patron l'a envoyé à l'Assurance, qui lui a imposé son médecin.

Il y a bien d'anciens jugements, mais depuis la modification de la loi en 1905, rien ne fixait à nouveau la jurisprudence. J'ai voulu en avoir le cœur net et faire décider par le juge de paix si, en présence d'un accidenté du travail *quelconque*, le médecin doit prendre un tas de précautions pendant lesquelles son blessé lui sera *volé* ; ou bien s'il doit commencer par le soigner, et faire en un mot tout son *devoir sanctionné* par le *droit.*

J'ai donc appelé *le patron* pour jugement, le 28 septembre. Je lui réclamais 10 francs, prix d'abonnement du Syndicat d'Indre-et-Loire (1).

Le patron, qui ne niait pas la dette, avait pourtant donné *pouvoir* de le représenter à sa compagnie d'assurance, disant devoir être couvert par elle.

(1) Est-il possible que le syndicat d'Indre-et-Loire en soit encore là ? N. D. L. R.

Mais sous aucun prétexte je ne voulais avoir affaire ni à l'ouvrier, ni à l'Assurance, je demandais une condamnation contre *le patron*.

C'est donc comme avec patron et non comme avec Assurance que je discutai contre le représentant de celle-ci, dans l'espèce représentant *le patron* (la question était assez délicate, car forcément l'assureur devait prendre l'intérêt de son assurance pourtant censée étrangère à l'affaire).

On m'objecta d'abord, ce qui était probablement faux, mais peu importe, que le patron n'avait jamais été prévenu de mes soins, etc.

Je répondis que je n'y pouvais rien, aucun texte de la loi ne m'obligeant à aviser le patron, que, du reste, j'avais remis pour celui-ci à l'ouvrier le certificat initial, avec en-tête mentionnant les devoirs du patron et les droits de l'ouvrier en pareil cas.

Qu'au surplus, une consultation de Mᵉ Gatineau semblait dire que non seulement le médecin, *mais même l'ouvrier*, n'étaient pas tenus à prévenir le patron.

On me dit ensuite que, de ce fait, il y aurait deux médecins à payer, celui de l'assurance étant intervenu comme si je n'eus rien fait.

Je répondis que cela avait été, à mon égard, un véritable détournement de clientèle, et qu'on devait se trouver heureux que je ne poursuive point pour ce détournement, et le patron et l'assureur, en dommages-intérêts.

Que de plus, on avait ainsi obligé le blessé, par menaces ou autrement, à changer le médecin d'abord choisi par lui, ce qui constituait encore une véritable violation de la loi.

On m'objecta alors que le prix de 10 fr. était exagéré.

Je répondis que c'était celui de mon Syndicat, que du reste, il était, dans l'espèce, inférieur à ce qu'on pouvait tirer du tarif Dubief, applicable par le juge.

On me dit ensuite que le tarif Dubief était très élastique et qu'on en tirerait tout ce qu'on voudrait.

Je répondis que je n'y pouvais encore absolument rien... que, du reste, c'était la raison qui m'avait décidé à choisir de préférence le tarif plus modique du Syndicat.

CONCLUSIONS :

LE PATRON a été condamné à me payer les 10 francs demandés, et aux frais.

Dʳ SABATHÉ,
Médecin à Tours.
Place Velpeau, 25.

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

Allocution prononcée par le Dʳ Thadée, le 17 octobre 1906 au banquet de l'Assemblée générale de l'Association des médecins de Castres et Lavaur.

Messieurs et chers collègues.

Je n'ajouterai rien aux témoignages, donnés par notre sympathique président, M. le Dʳ Bonneville, et M. le médecin principal Trilhes, des bons rapports qui n'ont cessé d'exister dans notre groupement entre médecins civils et militaires ; nous tous ici présents savons que nos collègues militaires ont toujours su mériter par leur bienveillance toute notre estime et toute notre confiance, mais je voudrais attirer votre attention sur l'état actuel de notre corporation.

De toutes parts, les divers groupements professionnels recherchent les moyens d'améliorer la situation qui nous est faite. Les uns veulent la création d'un ordre de médecins, ordre qui jugerait les confrères fautifs.

D'autres proposent d'entrer résolument en lutte contre l'administration et contre les sociétés de secours mutuels qui nous exploitent. Chacun arrive enfin avec un projet qui lui est propre, mais qui propose toujours la défense de nos intérêts fortement menacés, soit par les parasites médicaux, soit par l'État, soit par la mutualité.

Je crois, Messieurs, que les multiples projets qui nous ont été soumis ont chacun leur part de vérité, mais ne remarquez-vous pas que tous pêchent plus ou moins par leur base d'action ?

Créer un ordre de médecins, très bien, mais faut-il encore que juges et jugés obéissent aux mêmes lois, qu'ils partagent les mêmes sentiments, qu'ils aient les mêmes opinions professionnelles ; sans cela tel confrère sera persuadé d'avoir accompli un acte méritoire qui sera blâmable aux yeux de ses juges. Partant de points de vue différents comment voulez-vous que nous puissions entrer en lutte contre nos adversaires ? Je vous le demande.

Autant vaudrait, pour un général, partir en guerre avec des troupes pleines de bonne volonté, mais entièrement ignorantes de leur rôle et de leur devoir, ces troupes marcheraient à la dérive et par suite à la défaite.

Les médecins, en général, et chacun de nous ici présents en particulier, sommes pleins de bonne volonté, mais quand il s'agit de nous défendre, avouons-le, nous ignorons absolument nos droits et nos devoirs ; et c'est si vrai que vite, au moindre accident qui nous arrive, nous courons désorientés, de droite et de gauche, à la recherche de renseignements qu'on nous donne toujours plus ou moins inexacts.

Croyez-vous que nous puissions nous défendre ainsi ? Autant vaudrait, pour apprendre à appliquer un forceps, attendre le moment où la parturiente aura besoin de nos soins, ou encore n'apprendre la chirurgie qu'au moment de pratiquer une opération d'urgence !!

A l'heure actuelle. Messieurs, il n'y a plus d'hésitation possible : le corps médical perdra son auréole de liberté, et la médecine ne suffira plus à faire vivre le médecin, ou, nous devons apprendre de suite *à nous défendre*.

Pour nous défendre, je vous l'ai dit : il faut être unis, il faut se connaître, il faut s'estimer mutuellement, il faut avoir une même aspiration.

Ce n'est pas dans nos trop rares réunions que nous arriverons à nous connaître, à nous estimer mutuellement, à ne vivre que des mêmes idées et n'avoir qu'une aspiration unique pour ensuite partir en lutte avec la certitude de la victoire.

Mais si les exigences de notre profession nous isolent les uns des autres, nous pouvons tout de même vivre en communion permanente d'idées par la lecture de journaux qui, tels que la *Fédération medicale* ou le *Concours médical*, nous redisent sans cesse quels sont nos droits et nos devoirs, qui, par la relation des faits journaliers vécus, augmentent notre expérience et développent notre habituelle prudence, et arrivent ainsi à nous créer un idéal commun que nous serons tous jaloux de défendre.

Pour marcher sans crainte, chers confrères, il faut encore être sûrs de soi, et ne pas craindre pour l'avenir des siens. On ne comprend pas qu'un homme (serait-il médecin) se mourant de faim refuse un piètre morceau de pain noir qu'on lui donne même dédaigneusement ; c'est que, vous le savez, l'instinct est plus fort que la raison.

Pour pouvoir nous défendre avantageusement contre nos adversaires il nous faut donc être sûrs de notre avenir.

Cette certitude, Messieurs et chers collègues, vous la trouverez dans notre brillante Association générale qui nous réunit tous aujourd'hui autour d'un joyeux festin, et qui, nous le savons, nous viendra demain isolément en aide dans nos jours de malheur.

Vous l'acquerrez, cette certitude, en vous inscrivant à la *Caisse des pensions et retraites* du Corps médical Français : quand le temps aura brisé nos forces, et que l'ingratitude de nos malades les poussera jusqu'à nous abandonner, rassurez-vous, la Caisse des retraites pourvoira à nos besoins.

Et avant cela *l'Association amicale* des médecins

français, nous secoura passagèrement si la maladie s'avise de prendre sur nous sa revanche.

Cette sécurité, chers collègues, mais nous l'avons même contre nos ennemis qui épient la moindre de nos fautes, puisque pour la modique somme de vingt francs par an, grâce au *Sou médical* nous serons garantis contre les risques professionnels.

Et notre ligne de conduite nous est surtout tracée par le journal le *Concours* qui vient tous les huit jours, nous faire vivre quelques instants des succès et des déboires de nos frères, qui nous redit sans se lasser quels sont nos droits et nos devoirs, qui nous sert de guide sûr à travers le dédale inextricable des difficultés professionnelles.

Et n'allez pas me dire : « C'est encore de l'argent que vous nous demandez ». Non, c'est l'inverse, la modeste somme que vous verserez vous sera largement remboursée par les services qu'on vous rendra. C'est ainsi que j'ai pu, cette année, grâce aux sages conseils du *Concours* et du *Sou*, gagner trois cents francs en me faisant payer mes honoraires par des clients qui s'y refusaient et notamment par une Cie d'assurances, qui sûrement aurait lassé ma patience si je n'eusse été soutenu par les sages conseils des dévoués Directeurs du *Concours* et du *Sou médical*.

CORRESPONDANCE

Le certificat d'études médicales supérieures

Paris, le 30 septembre 1906

Mon cher confrère,

Dans votre historique de la lutte pour la réforme des études médicales, vous avez oublié la *Société médicale des praticiens* qui *depuis longtemps* s'en préoccupe et a toujours combattu les nouveaux diplômes (médecins biologistes, légistes, etc. enfin supérieurs!) J'ai à ce sujet, pris maintes fois la parole, et à notre dernière séance (19 octobre), nous avons décidé de nous joindre aux efforts faits et en ai informé notre confrère J. Noir.

Bien à vous.

Dr Foveau de Courmelles.

Réponse. — Nous nous empressons de reconnaître et réparer cet oubli. Nous en avons même certainement commis d'autres du même genre, on voudra bien les mettre sur le compte de la hâte et de l'émotion avec lesquelles nous avons écrit.

Les Sociétés diverses sont aussi entrées si vite dans le mouvement qui vient de commencer, que nous n'arrivons pas à enregistrer tous leurs ordres du jour, si intéressants qu'ils soient. Parmi ceux qui ont paru ces jours-ci, mentionnons au risque d'une nouvelle défaillance de mémoire qu'on nous pardonnera, les petits réquisitoires de la *Société de l'internat*, du *Syndicat de Pontoise*, du *Syndicat de Caen*, du *Syndicat de l'arrondissement de Versailles*. Bref on ne connaît jusqu'à cette heure qu'une seule approbation c'est celle qui parut dans dans la *Presse médicale* sous la signature de... un professeur, M. le Pr De Lapersonne.

Les embarras de l'expertise accidents du travail.

R..., le 22 octobre 1906.

Monsieur et cher Confrère,

Recevant le *Concours médical* depuis quelques mois, je vois chaque semaine de nombreuses réponses faites à des questions embarrassant des confrères aux prises avec les Cies d'assurances ; c'est pourquoi je viens vous soumettre le cas suivant :

Le 14 juillet dernier, je reçois dans mon cabinet la visite d'un ouvrier, mon client R... qui vient me demander un conseil pour un coup qu'il a reçu dans le pli de l'aine gauche, la veille au cours de son travail. Le malade accuse de la douleur dans la région indiquée ; je constate la présence de quelques petits ganglions mais, à part la douleur à la pression je ne remarque rien de particulier. R... a en effet de nombreux ganglions semblables dans l'aine droite, dans les aisselles et au cou. Je conseille donc au malade de se reposer et lui prescris un liniment calmant.

Le 17, R... me fait appeler chez lui et je diagnostique un début d'adéno-phlegmon. Malgré un examen attentif, je ne constate aucune plaie au membre inférieur ; le malade est porteur d'un phimosis ancien (je l'ai soigné pour un paraphimosis 6 mois plus tôt) mais je ne découvre aucune solution de continuité sur les organes génitaux. Dans ces conditions j'établis un certificat d'accident du travail et je continue à soigner mon client.

Le 20, dans la soirée, je reçois un employé de la Cie d'assurances qui me demande si je ne vois pas d'inconvénient à ce que le docteur B... aille voir le lendemain mon blessé. N'ayant aucune raison pour refuser (je suis en bons termes avec le Dr B...), et comme j'avais déjà fixé rendez-vous pour le lendemain avec le Dr M... pour l'ouverture de l'adéno-phlegmon, malgré l'irrégularité de la procédure suivie et par considération pour le Dr B... que je rencontrai le soir même à une réunion du Syndicat médical, il est convenu avec le Dr B... qu'il viendra voir le malade le lendemain à l'heure que j'avais primitivement fixée avec mon confrère M...

Le 21 donc, nous examinons ensemble le malade. Nous sommes d'accord tous trois pour le diagnostic qui ne peut faire de doute pour personne ; mais pour l'étiologie de l'affection, il n'en est pas de même ; nous ne découvrons pas de plaie, ni sur le membre inférieur, ni sur les organes génitaux ; malgré cet examen négatif, le Dr B... pense « qu'*il doit y avoir* « *une plaie cachée* par le phimosis et que l'infection « *doit* venir de là. Quant au traumatisme accusé (le « blessé, un chauffeur, dit qu'il s'est donné un coup « de tison en déchargeant son four), son impor- « tance doit avoir été exagérée par le malade dont « l'adéno-phlegmon devait déjà être en train d'évo- « luer, ce qui expliquerait pourquoi le malade a re- « marqué un traumatisme léger comme ceux qu'il « doit recevoir continuellement, mais qu'en réalité « le même traumatisme serait passé inaperçu si « l'adéno-phlegmon n'avait pas été déjà en voie « d'évolution, car un traumatisme si violent qu'il « soit ne peut déterminer d'adéno-phlegmon s'il « n'existe pas de porte d'entrée à l'infection et cette « porte d'entrée ne peut être qu'une solution de con- « tinuité des téguments, qu'elle soit visible ou non. « Quant au traumatisme, *s'il existe*, il ne peut s'agir « là que d'une coïncidence. »

Le Dr M. et moi-même soutenons, au contraire, que le traumatisme a été la cause efficiente de l'adéno-phegmon. Certes le blessé a de la polymicro-adénopathie, mais cela ne le gêne nullement et, si le malade a été atteint d'un adéno-phlegmon du pli de l'aine quelques jours après un traumatisme de cette région, sans que nous puissions découvrir d'autre cause à l'adéno-phlegmon, il semble que l'on peut admettre une relation de cause à effet entre le traumatisme et l'adéno-phlegmon. Par conséquent R... d'après nous, doit être considéré comme une victime d'un accident du travail.

Après une longue discussion toute courtoise, nous n'avons pu nous mettre d'accord, et le Dr B... a donc dû faire à la Cie qui l'avait envoyé un rapport dans le sens indiqué plus haut. Toutefois, disait-il, vu le doute que vous conservez et dans un but de conciliation, je demanderai à la Cie qu'elle vous paie vos

honoraires et les demi-salaires de l'ouvrier, car son incapacité ne durera pas longtemps.

L'ouvrier ne toucha pas son demi-salaire, mais moi je ne fus pas prévenu par la Cie ni par le patron qu'ils n'entraient pas dans les frais de traitement. Aussi le blessé étant guéri, j'envoie directement à M. W... patron de l'ouvrier, et sans m'occuper de la Cie ma note d'honoraires qui s'élève avec les honoraires dûs au Dr M. pour la chloroformisation à 68 fr. Quelques jours plus tard, je reçois une lettre de la Cie, d'assurances me disant textuellement : « Nous avons le regret de vous informer que « le cas de cet ouvrier n'ayant pas été admis comme « un accident du travail, nous ne pouvons prendre « ces frais à notre charge ».

Au reçu de cette réponse je préviens l'ouvrier que je vais le poursuivre solidairement avec son patron et je lui montre que nos intérêts sont solidaires, car si je touche mes honoraires, lui-même devra toucher son demi-salaire. Cette proposition paraît d'abord sourire à l'ouvrier, mais quelques jours après, à la suite d'une conversation avec le directeur de son établissement, il me dit que, si je poursuis son patron, bien que celui-ci ne l'ait pas menacé, il a peur d'être mis à la porte et que, dans ces conditions, il préfère me payer lui-même et perdre ses demi-journées d'indemnité (soit 54 fr.). Dans ces conditions, il demandera au patron de payer mes honoraires et d'en retenir le montant sur son salaire.

Quelques jours plus tard, l'ouvrier revient encore me voir pour me dire qu'il s'est arrangé avec son patron et que je recevrai bientôt la visite du comptable de l'établissement. Il y a environ un mois que l'ouvrier est venu m'apporter cette nouvelle, mais, depuis cette date, je n'ai pas encore reçu la visite annoncée.

Permettez-moi, malgré la longueur de ma missive, d'ajouter un détail qui a son importance et qui vous aidera probablement à comprendre pourquoi la Cie d'assurances fait la récalcitrante. Cette Cie possède dans la ville un dispensaire auquel sont attachés deux docteurs qui touchent un traitement fixe annuel et où naturellement les patrons doivent envoyer leurs ouvriers blessés. Or, comme je vous le disais au début, j'ai eu l'occasion de soigner à différentes reprises R...ou des personnes de sa famille ; mais je viens d'apprendre que la fille de R..., qui travaille dans le même établissement que celui-ci, vient d'être victime d'un accident du travail et que, probablement pour s'éviter des difficultés, elle est allée se faire soigner au dispensaire, alors que j'avais entendu plusieurs fois le père se promettre de n'avoir jamais recours aux soins des médecins qui y sont attachés, car il prétend avoir eu à se plaindre autrefois de l'un d'eux.

Je vous serais très reconnaissant si vous pouviez me répondre aux questions suivantes :

1° Pensez-vous que je puisse compter le cas de R... comme un accident du travail, et pensez-vous que je puisse poursuivre le patron avec des chances de succès ?

2° La Cie n'acceptant pas le cas comme un accident du travail n'aurait-elle pas dû me prévenir aussitôt après avoir reçu le rapport du Dr B... qu'elle n'entrait pas dans les frais du traitement ?

3° La visite du Dr B... n'ayant pas été faite régulièrement (absence d'autorisation du juge de paix, non envoi de lettre recommandée) peut-elle être jugée suffisante pour justifier le refus de payer opposé par la Cie, même si l'avis du Dr B... était reconnu valable ?

4° Que pensez-vous de l'arrangement survenu entre l'ouvrier et le patron ? N'est-ce pas là un cas de pression prévu par la loi sur les accidents du travail ?

5° Si plusieurs confrères avaient des cas pareils à celui que je viens de vous relater, cela ne serait-il pas suffisant pour convaincre le patron ou mieux encore la Cie d'assurances de pression sur les ouvriers blessés, et le Syndicat médical dont je fais partie ne pourrait-il pas prendre l'initiative de poursuites ?

Espérant que vous voudrez bien me donner votre avis sur ces questions soit par la voie du journal sous les initiales C. D. à R. ou mieux par lettre, je vous prie, Monsieur et cher confrère, d'excuser la longueur de ma lettre et d'agréer avec mes remerciements anticipés, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr C. D.

Voici les réponses aux questions que vous nous posez :

1° Il est certain que vous aurez peut être de la peine à faire admettre par un expert qu'il s'agit là d'un accident du travail. On ne peut rien vous affirmer dans ce cas, qui est assez embarrassant, nous ne pouvons pas vous dire ce que pensera l'expert. Comme il s'agit d'une affaire en Justice de Paix, vos frais ne seront pas énormes, une vingtaine de francs si vous êtes débouté. Vous pourriez assigner solidairement le patron et l'ouvrier et demander la nomination d'un expert par le Juge de Paix.

2° La Compagnie n'a pas à vous prévenir qu'elle a l'intention de ne pas reconnaître l'accident.

3° On ne devrait jamais oublier que, dans un accident, il n'y a pas seulement en jeu les intérêts du médecin traitant et les intérêts de la Compagnie, mais qu'il y a aussi une troisième personne de beaucoup plus importante et plus intéressante « Le Blessé », que la loi a été faite non pas pour régler les rapports des médecins entre eux, mais pour protéger les blessés contre les abus provenant des médecins de la Compagnie. Les affaires sont les affaires et ne doivent pas se traiter entre deux médecins amis lorsqu'il y a un tiers étranger à vos relations qui est encore plus intéressé que vous. Quoi qu'il en soit, la visite irrégulière ayant été acceptée par vous et par le blessé, il n'y a plus à y revenir.

La promesse de payement par le patron étant seulement verbale, je crains bien que vous n'ayez là qu'une garantie à peine équivalente à celle que la belle Ninon avait donnée à ce pauvre La Châtre.

4° Il me semble bien que le patron ait violé l'art. 30. Certains patrons s'imaginent qu'il est tout naturel pour eux de violer la loi et de spéculer sur la faim de leurs employés, sauf à crier très fort, un jour de grève, que les ouvriers violent les lois. Nous devons travailler à faire cesser cet état d'anarchie, mais ce n'est pas demain encore que nous obtiendrons des patrons qu'ils se *soumettent, eux aussi*, aux lois qu'ils veulent respectées par les ouvriers et les médecins qu'ils exploitent.

5° Sans doute, si vous aviez un grand nombre de témoignages concordants, dont quelques-uns écrits, vous trouveriez peut-être un Procureur de la République en quête d'un siège de député, qui, au risque de se faire révoquer, consentirait à poursuivre un patron en révolte contre la loi. Mais, je vous le répète, les lois qui protègent les médecins et les ouvriers sont faites pour être violées. Malgré tout, imitez-nous, ne vous découragez pas, accumulez les documents et adressez-les nous : nous les déballerons à la Chambre des députés quand on lui demandera de l'argent pour le budget de la Justice.

DIVERNERESSE.

BIBLIOGRAPHIE

Vient de paraître, chez F.-R. de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine-Dubois, Paris (VIe), un *Guide pratique pour le choix des lunettes*, par le Dr A. TROUSSEAU, médecin de la clinique des Quinze-Vingts, médecin en chef de la fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild, deuxième édition, un volume in-18 de 102 pages, cartonné, 2 francs.

Ce petit volume comble une grande lacune ; jusqu'ici, étudiants et médecins, désireux de corriger

les troubles de réfraction, n'avaient à leur disposition que des ouvrages trop savants.

En quelques pages, le Dr TROUSSEAU met à la portée de tous les notions indispensables pour choisir avec sécurité les verres de lunettes.

S'abstenant de toute considération scientifique, il n'a visé qu'à la clarté et à la simplicité. Il a pleinement réussi et a su vulgariser l'étude pourtant si complexe de la réfraction.

L'auteur s'est inspiré en rédigeant son travail du principe que s'impose chacun des rédacteurs du *Concours médical*

Nos lecteurs accueilleront son petit livre comme celui du Dr Gabriel Colin.

REPORTAGE MÉDICAL

Journalistique.—*La garde-malade hospitalière*, organe des Ecoles de gardes-malades du système Florence Nightingale (rédaction et administration, 96 bis, rue Laroche, Bordeaux, abonnement 2 fr. par an) est une curieuse et utile publication qui s'est créée sous le patronage de M. le Dr Lande et de M. le Dr Regnault, au mois de juillet dernier. Sa rédaction comprend les noms de Mlles Elston, directrice de l'Ecole des gardes-malades de l'hôpital civil du Tondu, Bordeaux; Gachon, directrice de l'hôpital civil et militaire d'Alais, doctoresse Hamilton, vice-présidente honoraire pour la France du Conseil international des Nurses, Limgi, directrice de l'hôpital et des gardes-malades de Béziers ; Nectoux directrice de l'hôpital d'Issoire.

Elle résume ainsi son programme :

« Vous voulons être les apôtres de la bonne préparation de la garde-malade ; les défenseurs de ses intérêts au point de vue professionnel et social ; enfin, des réformateurs résolus des services hospitaliers.

« Nous voulons servir de trait d'union entre les gardes-malades en cours d'études, celles qui travaillent dans les hôpitaux et celles qui pratiquent ailleurs, afin qu'elles soient toutes au courant de leur *nombre, de leurs situations* variées et que, formant comme une grande famille, elles se sentent mutuellement encouragées pour s'entr'aider et lutter pour le succès de leur cause.

« De plus nous voulons par cette publication tenir les gardes-malades au courant des progrès effectués en France et à l'étranger, soit dans les soins aux malades, soit dans l'organisation hospitalière, toutes choses qui seront utiles à savoir dans *leurs diverses fonctions.* »

Comment se débarrasser des mouches ? — Voulez-vous vous débarrasser des mouches pour toute la saison estivale ? Voici une formule qui vient d'être donnée par le docteur Bordas, le chimiste distingué, et qui vous donnera, paraît-il, toute satisfaction.

Prenez une livre de sulfate de cuivre, autant de sulfate de fer, 2 kilogrammes de chlorure de zinc et 30 grammes d'acide phénique, mélangez et additionnez de 30 litres d'eau que vous verserez en partie sur les éviers et en partie dans les cabinets d'aisance. De la sorte avec quelques sous, vous arriverez à combattre un fléau, sinon redoutable, du moins fort agaçant.

La succession du Dr Floquet, au Palais de justice échoit à M. le Dr Delfau, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le prix Nobel pour la médecine. — Le professeur Golgi, recteur de l'Université de Pavie, vient de se voir attribuer le prix Nobel de 200.000 francs pour la médecine.

La ligue contre le cancer. — Elle vient d'être lancée à la suite d'une communication de M. le Pr Poirier à l'Académie de médecine. Nous signalons l'évènement en renvoyant nos lecteurs, pour tous détails, aux quotidiens politiques, qui ne se feront pas faute d'en donner.

On parle d'un Institut *spécial*, les instituts Pasteur eux-mêmes ne se confinant plus assez dans leurs *spécialités* ; on parle..., mais ne dit-on pas de ces choses-là, surtout en dehors de la presse médicale ?

Faculté et Hôpitaux.

M. le Prof. Debove fera ses leçons de clinique médicale tous les matins à 10 heures, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale. Visite et examen des malades, tous les matins à 9 h., salles Béhier (femmes) et Sandras (hommes). Tous les vendredis, à 10 heures, démonstrations de dermatologie par M. Jeanselme, agrégé.

— M. Alquier, chef des travaux anatomiques, commencera le mardi 20 novembre 1906, à 5 h. de l'après-midi, un cours pratique d'anatomie pathologique au laboratoire de la clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière. Le cours durera un mois et aura lieu tous les jours à 5 heures de l'après-midi. Le laboratoire sera ouvert aux élèves qui voudront y travailler tous les jours, de 9 h. du matin à midi et de 1 h. et demie de l'après-midi à 5 heures. Les matériaux d'étude, réactifs et instruments nécessaires, seront mis à leur disposition. Le droit à verser est fixé à 80 francs. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser le matin à M. Alquier, à la Salpêtrière.

— Un cours de séméiologie et de clinique élémentaire à l'usage des étudiants de 1re année commencera le 6 novembre à 9 h. du matin dans le service de M. Le Noir, à l'hôpital Saint-Antoine.

— Un cours d'anatomie topographique aura lieu du 12 novembre au 15 février à l'amphithéâtre d'anatomie (rue du Fer-à-Moulin) sous la direction de M. Sébileau, agrégé, avec le concours de MM. Chevrier et Chifoliau, prosecteurs. Il aura lieu tous les lundis, mercredis et vendredis, à 2 h. 1/2 et sera ouvert à tous les étudiants.

— Des conférences pratiques d'anatomie pathologique auront lieu, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, du 12 novembre au 12 décembre sous la direction de M. Pautrier sous-chef du laboratoire. Il aura lieu les lundis, mercredis et vendredis à 1 h. 1/2. Les droits d'inscription sont de 30 francs.

Hôpital Laënnec. — *Service d'ophtalmologie.* — Exercices pratiques de technique ophtalmologique, sous la direction du Dr ROCHON-DUVIGNEAUD, chef du service.

Les Drs René ONFRAY et CAILLAUD, assistants du service, commenceront le lundi 26 novembre, à une heure 1/2, une série d'exercices pratiques de technique ophtalmologique.

Application à la clinique des procédés d'optique, d'électricité (emploi de l'électro-aimant, électrolyse, radiothérapie oculaire, etc.) et des procédés de laboratoire. Le cours sera complet en vingt leçons. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades et au maniement des appareils, leur nombre est donc limité.

Prière de s'inscrire dès maintenant, dans la matinée, auprès du Dr ONFRAY, à l'hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres.

Hôpital des Enfants-Malades. — Conférences d'hygiène et de clinique infantiles, par le Dr G. VARIOT. — Ces conférences commenceront le mardi 12 novembre , à 10 heures 1/2, salle Gillette, et continueront chaque mardi, à la même heure.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs GILLY, de Fons (Gard); PUGENS, de Belcaire (Aude) : ISAAC, de Marseille, et GUYON, de Nantes, membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodique médicales.

Vingt-huitième année — N° 46 — 18 NOVEMBRE 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

SOUSCRIPTION

pour offrir un souvenir au DOCTEUR MIGNEN

Président du Premier Syndicat Médical.

3e Liste

MM. les Docteurs :

Baudry, de la Limo rzinière.	2	50
Syndicat de la Creuse	5	»
Guihal, de Nantes	5	»
Clenet, de Cugand	5	»
Delthil, de Briare	5	»
Esmonet, de Châtel-Guyon..	5	»
Syndicat de Nice	5	»
Syndicat de l'arrondissement de Pont-l'Évêque	5	»
P. Cézilly, de Coye	5	»
Barthès, de Perpignan	2	»
Grellety, de Vichy	5	»
Ravaud, de Witry-les-Reims.	5	»
Cellier, de Laval	5	»
Syndicat de l'arrondissement de Versailles (2e souscription)	5	»
Mignon, des Mureaux	5	»
Saquet, de Nantes	5	»
Epron, de L'Hermenault	2	»
Oudaille, du Cannet	1	»
Mermillod, de Saclas	2	»
Duchesne, de Fontenay-sous-Bois	1	»
Lombard, de Paris	1	»
Poirault, de Mouilleron-en-Pareds	2	»
Palvadeau, de Challans	2	»
Syndicat de la Basse-Isère	5	»
Total	90	50
Report de la 2e liste	257	»
Total général	347	50

PROPOS DU JOUR

La course au clocher pour la défense professionnelle en matière d'études médicales.

Doit-il être assez content ce bon confrère Coppens ! !

« Il faudra des mois, pensait-il, pour mettre debout le corps médical en faveur de mon idée : « prenons-nous y de bonne heure. »

Etaient un peu de son avis tous ceux qui jugent que c'est à l'universalité des praticiens de régler son avenir, et que c'est à elle de dire : « Je désire ceci et je refuse cela. »

Mais, on comptait trop peu sur les impatients, sur les francs-tireurs.

Or, ceux-ci ont déjà forcé les portes du cabinet ministériel, quoiqu'ils ne fussent pas mandatés par la susdite universalité.

Ils nous disent avoir bien préparé le terrain. Enregistrons le succès de ces coups de main, mais n'en continuons pas moins la levée en masse.

L'œuvre d'un seul ou de quelques-uns n'aura jamais, en effet devant les vues néfastes d'un seul ou de quelques autres, les assises inébranlables que nous entendons choisir pour y élever la constitution nouvelle de l'enseignement médical français. C'est la volonté nationale des médecins que, gens de notre époque, nous voulons opposer à toutes vues individuelles.

Il est de notre devoir de nous éclairer sur l'état de choses futur dont nous rêvons : à ce titre, nos lecteurs nous approuveront d'emprunter au *Journal des praticiens* l'article suivant, dû à la plume d'un dévoué de la défense professionnelle.

Mais la parole et l'action doivent rester, à notre avis, au *Congrès des Praticiens* réclamé par le Dr Coppens et le Syndicat de Lille, et acclamé par toutes les Sociétés.

Ne dévions pas dès le début de cette campagne qui doit représenter une superbe expérience de solidarité. Les interviews ne règleront pas l'affaire.

L'enseignement de la médecine à l'hôpital.

Le Certificat d'études médicales supérieures, honni par tous, succombe sous la révolte du bon sens exaspéré. En dehors du préjudice causé aux intérêts professionnels, il menace les générations médicales futures d'une éducation purement théorique d'« une pathologie dans l'espace », selon la pittoresque expression d'un de nos maîtres. Et cela, au moment même où l'opinion médicale réclame énergiquement une orientation pratique des études.

La médecine ne peut s'enseigner qu'à l'hôpital, voilà la vérité. Je suis pleinement d'accord avec ceux qui ont déjà soutenu cette idée. Je ne parle pas de la clinique, cela va de soi, mais je parle de la médecine ; à l'exception de l'anatomie et de la physiologie. A propos d'un cas clinique, on peut apprendre la pathologie, la thérapeutique et l'art de formuler. L'anatomie pathologique s'offre d'elle-même après la mort des malades. L'hôpital devant être, par son *fonctionnement, une véritable école d'hygiène*, les élèves pourront en connaître les lois. La médecine légale même, dans la plupart de ses parties, accidents, expertises, trouve à l'hôpital les cas sur lesquels elle opère. Quant aux sciences accessoires et aux sciences de laboratoire, l'étudiant en retiendra, dans les services hospitaliers, ce qu'il faut en savoir. On lui fera connaître l'examen des urines, la radioscopie, la radiographie, l'électrothérapie, les applications pratiques de la bactériologie (examen des crachats, des membranes, des sérosités, sérodiagnostic), les examens du sang, les examens cytologiques des liquides pleuraux, céphalo-rachidiens, etc. En un mot, l'étudiant apprendra la médecine vécue, celle de chaque jour, et non pas des idées générales sur la médecine, qu'il puise seulement dans les cours théoriques.

J'ai appliqué cette méthode dans mon service de l'hôpital de la Pitié pour les stagiaires dont la Faculté a bien voulu, depuis trois ans, me confier l'enseignement médical. Je n'ai eu qu'à me louer des résultats obtenus. J'avais suivi l'exemple de mon maître, le professeur Dieulafoy, qui, à la satisfaction de tous, a créé un véritable enseignement médical complet, datant de dix ans, à sa Clinique de l'Hôtel-Dieu.

L'enseignement de la médecine à l'hôpital a, de plus, l'énorme avantage de rapprocher le maître de l'élève. Le maître connaît à fond les 10, 15 ou 20 étudiants placés sous sa direction. Il leur donne des conseils, s'intéresse à eux, les gourmande s'ils manquent de zèle et d'attention. Dans des causeries familières, il leur indique leurs devoirs vis-à-vis des confrères, des malades, de la société. Il parfait leur éducation professionnelle. Des interrogations répétées, des « colles », tiennent l'attention de l'élève en suspens et permettent de juger des progrès accomplis. L'élève se sent soutenu et il donne le maximum d'efforts. A l'heure actuelle, l'étudiant en médecine, au début de ses études, reste 18 mois sans passer d'examen. Aussi lui faut-il un véritable héroïsme pour travailler régulièrement et sérieusement dans ces conditions. L'avenir médical des étudiants de première année, livrés à eux seuls, dépend le plus souvent du hasard des amitiés qui les orientent vers la bonne ou la mauvaise voie. Je me rappelle, en novembre 1883, à la sortie du régiment, mon embarras et mon désarroi, en contemplant mélancoliquement la grande affiche blanche de l'Ecole, où tout le programme des études médicales est fixé en dix lignes. Ne connaissant personne pour me diriger, je cherchais à me débrouiller, quand j'eus la joie et la fortune de retrouver d'anciens camarades de collège, aujourd'hui mes collègues dans les hôpitaux. Nous nous engageâmes dans la voie du travail, et c'est à notre bonne amitié que nous devons notre situation médicale actuelle.

L'enseignement de la médecine à l'hôpital met les élèves à l'abri de ces difficultés. Il leur assure une instruction solide et il fait d'eux de bons médecins.

Dr Louis Rénon.

LA SEMAINE MÉDICALE

La mobilisation dans les phlébites.

Depuis que de nombreux auteurs ont préconisé et recommandé le traitement des phlébites par la mobilisation et le massage, quelques accidents graves se sont produits et l'on peut redouter que la généralisation de cette méthode n'amène, de plus en plus, des catastrophes. Il nous semble donc utile de rappeler les conseils donnés par M. le Dr Berne et commentés dans le *Monde médical*.

Pour le cas de phlébite des membres inférieurs, dit cet auteur, il faut éviter de commencer le traitement par la mobilisation avant un mois, après que toute élévation thermique aura cessé. Il faut recommander, jusqu'à la fin de la 3e semaine, un décubitus rigoureux et s'abstenir jusqu'à ce moment de tout massage, sous quelque forme que ce soit.

L'intervention précoce est dangereuse et expose les malades à l'embolie.

L'intervention tardive à la fin de la 4e semaine, alors qu'il n'y a plus ni fièvre, ni douleurs, ni mauvais état général, n'en impose pas moins au praticien de grandes précautions.

Le massage devra consister en un effleurage excessivement léger du pied : ne pas toucher la partie interne de la cuisse et de la jambe ; ne pas exercer de pression au niveau du triangle de Scarpa.

Du 30e au 35e jour, limiter les manœuvres aux articulations du pied. Du 40e au 50e jour, essayer des mouvements légers d'extension et de flexion

du genou ; redresser, s'il y a lieu, l'équinisme du pied. S'il y a de l'hydarthrose, *malaxer* légèrement le pourtour de la rotule et même appliquer un bandage ouaté légèrement compressif à partir du pied jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus du genou.

Vers le 55e jour, tâter progressivement la résistance des veines à la pression sanguine. Incliner les membres inférieurs un peu au-dessous du plan du lit, pendant 2 à 3 minutes ; dès qu'une teinte violacée se montre, replacer les jambes sur des coussins au-dessus du plan du lit et appliquer une bande élastique de coton modérément serrée.

Le lendemain, faire soulever le thorax très doucement au-dessus du plan du lit de 15° environ, et ainsi de suite progressivement. *Eviter de fléchir les cuisses sur le bassin.* Plus tard, le malade pourra s'asseoir 1/4 d'heure à une demi-heure.

Enfin, on fera pendre les jambes hors du lit et on leur fera toucher le sol 2 à 3 minutes. Après une période plus ou moins longue de tâtonnements, on mettra le malade dans la position verticale, et, s'il y a des *vertiges*, on le replacera immédiatement dans la position demi-assise ou horizontale pendant plusieurs heures.

La période de gymnastique médicale viendra ensuite et se composera des mouvements suivants :

« Elévation passive ou active des membres inférieurs au-dessus du plan du lit, progressivement de l'horizontale à la verticale ;

« Mouvements de circumduction passifs et actifs du membre inférieur :

« Mouvements de rotation de l'ensemble du membre inférieur en dehors et en dedans (mouvements actifs et passifs).

« Massage très doux du triceps sural à sa partie externe et des muscles fessiers plus ou moins atrophiés.

« Mouvements divers pendant la station debout, marche, rotation du pied en dehors et en dedans, exercices divers d'assouplissement, rééducation des muscles vertébraux ; faire asseoir et lever le malade : l'œdème disparaît peu à peu grâce à ces pratiques. »

Par cette méthode prudente et réservée on tient compte de l'évolution du caillot, on ne s'expose pas à des surprises terribles ; on évite les récidives, on éloigne, autant qu'il est possible, les chances d'embolie et l'on procède à une rééducation progressive et sage des mouvements. Comme le dit Berne : « Dans le traitement des phlébites, plus peut-être que dans toute autre circonstance pathologique, il faut savoir *temporiser* ».

La rougeole chez les enfants non vaccinés.

Il existe depuis longtemps dans le peuple une croyance très enracinée que le vaccin préserve non seulement de la variole, mais encore des atteintes malignes de la rougeole. Est ce un préjugé ? Nous ne le croyons pas et le Dr DUCHAMP, de Marseille, non plus. Voici ce qu'il rapporte :

Je viens d'observer dans l'espace d'un an 6 cas de rougeole à forme grave chez de jeunes sujets (6, 8, 5, 11, 9 et 4 ans) placés dans de bonnes conditions hygiéniques, ne présentant aucune tare héréditaire ou personnelle notable — *mais qui n'étaient pas vaccinés.*

Or, l'éruption donna lieu chez chacun d'eux à une forme atypique, intermédiaire entre celle de la rougeole dite boutonneuse et celle de la variole. Sur la papule de la première se développe une pustule assez volumineuse — mais sans amplification — qui persista une quinzaine de jours et disparut sans laisser de traces.

Appelé à la période d'éruption, on pourrait s'en laisser imposer pour de la variole ; mais, si l'on a observé des cas semblables, on apprend sans surprise que l'enfant n'a pas été vacciné et l'on porte le diagnostic de ce que j'appellerai volontiers *la rougeole des enfants non vaccinés.*

Le pronostic en suivra, c'est-à-dire qu'il faudra s'attendre à une évolution plus longue, plus sévère et redouter la broncho-pneumonie, que je n'ai pu empêcher que dans 2 cas, malgré l'antisepsie bucco-nasale la plus rigoureuse.

En présence de ces faits, on doit attribuer au vaccin une action atténuante sur le virus de la rougeole.

Stérilisation des tiges de laminaire.

La *Semaine Médicale* indique le procédé que recommande M. Fürth, de Dervent, pour la stérilisation des laminaires.

On commence par faire bouillir les tiges dans de l'eau privée de sels calcaires, pendant au moins une bonne heure ; leur diamètre se trouve alors décuplé. Si on les déshydrate en les plongeant dans de l'alcool absolu pendant une demi-heure, leur volume se réduit considérablement. On change le bain d'alcool, et, au bout de dix à quinze minutes, elles sont revenues à un diamètre à peine double de ce qu'elles étaient au début. On les exprime alors sur toutes leur longueur entre les mors d'une pince stérilisée, et on n'a plus qu'à les mettre pendant dix minutes dans une étuve chauffée à 170°.

Ainsi traitée, la laminaire est parfaitement stérilisée : elle n'a, de plus, rien perdu de ses qualités particulières : des tiges de 2 à 3 millimètres de diamètre, laissées dans la cavité utérine pendant 24 heures se gonflent au point de présenter une épaisseur de 16 à 17 millimètres.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement curatif des ulcères atones variqueux.

Plus que les fistules, dont un traitement chirurgical finit par avoir raison, les ulcères variqueux sont rebelles à la thérapeutique. Ils durent des années avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, et il n'est pas rare de les voir, à la longue, déterminer, sur les organes et les tissus voisins des lésions profondes et irrémédiables. Nerfs, vaisseaux, muscles, os, etc.., participent à cette désorganisation.

Et comme il n'existe pas une médication uniforme des ulcères atones, chaque médecin les traite d'une façon toute personnelle en suivant les indications qu'il puise dans sa propre expérience. Les uns ont recours à l'action des bains chauds, les autres aux cautérisations directes, d'autres encore font appel aux poudres antiseptiques et absorbantes. L'usage des bandes élastiques, des greffes épidermiques, des incisions circonférencielles, compte aussi des partisans. A notre tour nous venons préconiser hautement un procédé nouveau dont l'expérimentation clinique nous a démontré la valeur et qui mérite d'être pris sérieusement en considération par les praticiens.

Il s'agit du traitement *curatif* des ulcères atones et variqueux par les badigeonnages de Thigénol pur.

Et d'abord nous tenons à dire que nous n'avons pas la paternité de ce procédé de choix, puisque déjà le Dr Wassilieff a publié 4 observations cliniques (1) d'ulcères variqueux guéris par le Thigénol. Mais les résultats que nous avons obtenus nous-même, et une modification que nous avons apportée au *modus faciendi* de cet auteur, nous engagent à revenir sur cette intéressante question.

Le Dr Wassilieff applique tous les deux jours, sur la région ulcérée, un badigeonnage de Thigénol pur, et il obtient la réparation de la perte de substance d'une façon plus rapide et plus complète que par n'importe quel autre traitement. « Le Thigénol, dit-il, m'a donné d'assez beaux résultats, même sur des hommes non condamnés au repos du lit et continuant à marcher pour vaquer à leurs occupations habituelles. Dans ce cas d'ulcère variqueux, j'ai employé le Thigénol après l'échec des méthodes usitées, et j'ai obtenu des résultats fort satisfaisants par la rapidité relative de la réparation. Le Thigénol a montré là ses qualités kératinisantes.

Cet observateur met d'habitude 3 à 4 mois à guérir des ulcères atteignant 5 à 7 cent. de diamètre. Mais si nous ajoutons à ce procédé par le Thinégol seul l'action de la chaleur rayonnante, nous parvenons à guérir les mêmes ulcères plus rapidement, en 2 mois environ.

Voici d'ailleurs quelle est notre façon de procéder.

Après désinfection soigneuse de la plaie variqueuse nous faisons placer sur elle un carré de toile retenu à ses 4 angles par des liens qui l'attachent derrière le membre ; cette toile assez épaisse présente en son milieu une ouverture ayant exactement les dimensions et la forme de la perte de substance. Ainsi les parties saines voisines sont protégées contre tout agent extérieur, et il reste seulement visible l'ulcère atone.

Pour fabriquer cet appareil peu coûteux, nous prenons 2 feuillets de toile assez épaisse et d'égale dimension, le feuillet antérieur et le feuillet postérieur. Entre eux nous plaçons un carré de taffetas gommé et, quand les 3 feuillets sont cousus ensemble solidement, nous enlevons au ciseau dans le milieu de ce carré et sur les 3 feuillets à la fois, un espace ayant la forme et les dimensions de la partie ulcérée.

L'appareil est maintenant en place. La plaie variqueuse seule est visible. Nous approchons alors de cette fenêtre le couteau chauffé au rouge blanc du thermocautère. Faisons bien remarquer que nous l'approchons seulement, car en aucun cas nous ne cautérisons directement la plaie. Placé à 2 ctm. à peine de la surface ulcérée, le thermocautère dégage sa chaleur rayonnante et les fongosités se dessèchent rapidement. La chair est comme rôtie. Quand ce résultat est obtenu, c'est-à-dire au bout de 4 à 5 minutes, nous abandonnons l'instrument, nous dénouons l'appareil et nous badigeonnons toute la surface avec du *Thigénol pur*.

Nous faisons, par-dessus, un pansement sec ordinaire et légèrement compressif. Les malades ne ressentent pour ainsi dire pas de douleur, et ils acceptent tous sans difficulté ce nouveau traitement. Nous recommençons les badigeonnages régulièrement un jour sur deux.

En très peu de temps, au bout d'une semaine environ, la réparation s'effectue. L'inflammation tombe, la surface se déterge les sécrétions malodorantes se tarissent, les bords se surélèvent, des bourgeons charnus *durs et rouges* se développent et des limites de la plaie part, franchement, un liseré cicatriciel.

Au bout d'un mois environ de traitement, un ulcère atteignant au début 5 ctm. de diamètre n'en présente plus que 2 à 3, et après 6 ou 8 semaines il est généralement guéri.

Telle est la conclusion de nos observations cliniques, et c'est en toute confiance que nous préconisons le traitement des ulcères atones par la chaleur rayonnante et le Thigénol pur.

La chaleur, en effet, exerce directement une action antiseptique sur les lésions, et cautérise sans traumatisme la surface atone. Elle excite aussi la vitalité des tissus et les invite à une réparation plus rapide.

En second lieu, le Thigénol exerce sur la surface et la profondeur de l'ulcère un pouvoir analgésique, résolutif et kératoplastique remarquable. Nous avons observé bien souvent, après des badigeonnages de Thigénol seul, que les bourgeons charnus avaient augmenté de volume et de nombre ; ils avaient une couleur rosée, et après quelques applications nouvelles une couche granuleuse de bon aloi était formée.

Ce qui pour nous encore est une preuve des bons effets kératinisants de ce remède, c'est que la réparation une fois commencée s'arrête rarement et surtout ne rétrocède pas et plus tard quand au bout d'un à 2 mois, la cicatrisation est en marche, il est très rare encore qu'elle ne se poursuive pas normalement.

Une autre raison qui nous fait donner la préférence au traitement thigénolé dans l'affection qui nous occupe, c'est que le thigénol pur, introduit sur toute la surface de la plaie, ne tarde pas à se sécher, formant une véritable pellicule protectrice derrière laquelle les tissus se réparent à l'abri de l'air et des germes extérieurs.

Ainsi, à notre avis, le traitement des ulcères variqueux par les irradiations caloriques et le Thigénol nous apparaît comme le plus actif et le plus pratique. Il représente, en effet, le moyen d'utiliser contre les pertes de substance sans tendance à la cicatrisation, des propriétés excitantes et kératoplastiques de premier ordre, et cela *sans qu'il y ait le moindre traumatisme, la moindre irritation extérieure*, venant troubler l'organisation de la membrane granuleuse. Nous respectons ainsi

(1) *Journal de médecine interne*, n° 6, 1906.

la parole d'Ambroise Paré, toujours vraie : « Il ne faut pas déshabiller l'ulcère ».

Faisons remarquer en terminant qu'il est absolument inutile, quand on utilise le traitement par la chaleur et le Thigénol ou par le Thigénol seul, de confiner les malades au repos complet ou relatif. Tous nos clients continuaient à sortir comme d'habitude et à s'occuper de leurs affaires. Leur guérison n'est pas moins apparue et sans la moindre complication.

Dr A. Baudelet.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La Révision de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Réponse à la lettre de M. Guérin, pharmacien.

Mon cher ami,

Je terminais, l'autre jour, la publication de votre lettre, en vous rappelant l'histoire de ce marmot qui voulait bien la moitié du sucre d'orge de son camarade, mais refusait énergiquement de partager le sien propre. C'est l'histoire de tous les projets de révision que vous avez présentés jusqu'ici, vous pharmaciens : on ne peut le contester.

Ce *projet des Ecoles*, que vous auriez voulu voir adopter, que réclame-t-il aux médecins ? — La faculté de délivrer des médicaments sans ordonnance, la faculté de donner des soins médicaux en cas d'urgence ; il ajoute la question de distance a la loi de germinal, qui n'en parlait pas, en ce qui concerne la délivrance des médicaments par le médecin ; il interdit à ce dernier de tirer aucun bénéfice de son travail et de ses études, si ce travail et ces études ont porté sur un médicament, etc., etc.. Et que leur concède-t-il en échange ? — Rien absolument, puisqu'il va même jusqu'à omettre le droit, pour eux, de délivrer un médicament en cas d'urgence.

Et vous vous étonnez que le corps médical ne soit pas satisfait, qu'il ait coopéré à la strangulation de vos projets ?

Notez qu'en ce moment je ne discute pas — je me borne à constater.

La discussion, elle n'est pas impossible et nous l'entamerons un jour, je l'espère, mais, croyez-moi, il lui faut un canevas neuf. Voilà pourquoi j'invitais les pharmaciens à oublier tous les projets antérieurs, voilà pourquoi je leur proposais ce pays bleu, où il n'y aurait eu encore ni médecins, ni pharmaciens.

La loi, dites-vous, ne doit intervenir que pour réprimer des habitudes fâcheuses, ou bien, au contraire, pour régulariser et consolider des habitudes déjà prises — Croyez-vous qu'elle ne puisse avantageusement aussi délimiter les droits des uns et des autres et prévenir les conflits ?

Cette méthode, qui ne saurait avoir d'inconvénients, que je sache, aurait, par contre, l'immense avantage de déblayer le terrain et de permettre de rebâtir en place nue — j'ai toujours entendu dire que c'était de beaucoup préférable aux réparations et aux replâtrages.

Nous nous connaissons de vieille date, nous savons parfaitement que nous pouvons nous entendre, vous convenez comme moi qu'il est des concessions qui s'imposent de part et d'autre — pourquoi restons-nous donc en place et ne faisons-nous pas le pas en avant, qui amènera cette union que vous désirez autant que moi ?

Il faut, dites-vous, bien savoir ce qui nous divise — c'est également mon avis.

Ce qui nous divise, parbleu, ce sont de mesquines questions d'intérêt personnel immédiat qui nous empêchent de voir plus haut et plus loin, qui nous cachent les intérêts généraux de nos professions, intérêts généraux qui, en réalité, concordent mieux avec nos intérêts propres que ces conceptions terre à terre, dont nous avons tant de mal à nous affranchir.

Et c'est pourquoi encore je plaçais le projet qui sortirait de nos délibérations communes sous la seule égide de l'intérêt général.

Voyez comme alors les choses peuvent se simplifier.

Vous dites, avec raison, qu'il est abusif d'exiger une ordonnance médicale pour une foule de médicaments inoffensifs et d'usage banal, que le public réclame de lui-même et que d'ores et déjà vous lui délivrez en dépit des prescriptions légales — il y a là une question d'intérêt général contre laquelle ne saurait prévaloir aucun intérêt particulier immédiat : nous ferons à cet intérêt général la concession que vous réclamez. Dans quelle mesure ? Ce sera une question à débattre et, vous le reconnaissez, avec le désir d'entente mutuelle, la solution ne sera pas longue à trouver.

Les pharmaciens demandent la faculté de délivrer librement tous les médicaments qui ne figureront pas sur une liste d'interdiction ; nous, médecins, demandons que cette faculté ne vous soit accordée que pour les médicaments figurant sur une liste d'autorisation — il faudra discuter le plus ou moins bien fondé de nos formules, et c'est à celle qui donnera le plus de satisfaction à l'intérêt public que nous nous arrêterons. Tous n'auront pas, sans doute, satisfaction, les uns regretteront peut-être que la loi se soit montrée bien large, alors que les autres la trouveront encore trop étroite — il n'en sera pas moins vrai que la masse, y compris les intéressés directs, aura trouvé son compte.

La question d'urgence n'est pas moins facile à solutionner. Vous dites qu'il y là une question d'humanité qui prime tout — c'est encore mon avis.

Mais pourquoi désirer que la loi reste muette à cet égard ? Ne vaut il pas mieux au contraire qu'elle stipule nos droits réciproques ? Vous craignez des abus ? Ils ne seront pas bien grands et croyez-vous que nous ne puissions aussi, nous médecins, craindre des abus avec la concession dont nous parlions tout à l'heure. D'ailleurs, il ne s'agit pas de vous, ni de nous, il s'agit de l'intérêt public ; nos préférences particulières doivent s'effacer, et la loi le dira.

« Quel pharmacien, écriviez-vous, oserait pour-

suivre un médecin qui, dans un cas vraiment urgent, aurait délivré un médicament. »

Voulez-vous me permettre le souvenir d'un fait auquel ma qualité de président du cercle syndical de l'arrondissement d'Orléans me mêla à l'époque ?

Un de mes confrères du Loiret, dans une de ses courses, est arrêté en pleine route par un homme qui, se plaignant de coliques atroces, réclame de lui un calmant immédiat. Mon confrère ne connaissait pas cet homme qui avait l'air d'un pauvre diable, il lui donna le calmant, plus par commisération que par attrait du mince bénéfice qu'il pouvait retirer.

Or, ce pauvre diable, qui était un agent du Syndicat des pharmaciens du Loiret, s'empressait de rapporter le corps du délit à votre siège social et se mettait à votre disposition pour vous servir de témoin.

Vous me direz, je le sais, que vous n'étiez pas président alors; que, sans doute, si ce stratagème avait été employé, c'est que le médecin était soupçonné de trouver trop facilement des cas d'urgence, mais je pourrais vous répondre à mon tour que, dans cette région, les habitations sont très éloignées et que l'intérêt public était peut-être plutôt du côté du médecin. Ajouterai-je que le pharmacien plaignant, était un pharmacien médecin, dont les incursions déloyales dans la clientèle de mon confrère ne se comptaient plus? D'ailleurs, grâce à l'action des deux présidents, l'affaire n'eut pas de suite et j'en aurais perdu le souvenir, si votre question n'avait eu pour effet de me la rappeler.

Dans un premier cas, nous avons vu que les concessions venaient des médecins; dans un second, elles étaient réciproques; voyons maintenant le cas où les pharmaciens auraient à céder quelque chose.

La loi de germinal et tous vos projets de révision, lorsqu'il s'est agi d'accorder au médecin le droit de délivrer des médicaments à ses malades, se sont toujours préoccupés des demeures relatives du pharmacien et du médecin. *Dans les bourgs où il n'y a pas d'officine*, disait la loi de germinal; *dans les communes où il n'y a pas de pharmacien* répétait votre Projet des écoles — nous estimons qu'il est un facteur beaucoup plus important qu'il faudrait faire entrer en ligne de compte, le domicile du malade.

C'est la distance qui sépare le malade de l'officine qui doit déterminer si oui ou non le médecin aura le droit de fournir les médicaments à ce malade et non pas la distance qui sépare la demeure du médecin de celle du pharmacien. L'intérêt général veut que, si le malade est trop éloigné du pharmacien, son médecin puisse lui porter des médicaments dont il peut avoir besoin, ce médecin habitât-il dans une commune pourvue de pharmacien.

Quel sera le rayon de la zone protectrice autour de l'officine, quels seront les droits du médecin s'il habite en-deçà de cette zone ou s'il habite au-delà, en ce qui concerne les consultants à son cabinet — autant de points qui pourront être discutés, mais il est indispensable que les pharmaciens fassent une concession, qu'ils donnent eux aussi un morceau de leur sucre d'orge.

Y perdront-ils quelque chose? Je ne le crois pas: quand les distances sont trop grandes, les clients ne se dérangent guère, et d'ailleurs il est permis de supposer que la force des choses a dû amener, du côté des médecins aussi, un certain nombre de coups de canif dans le parchemin de germinal.

Et puis, s'il y a accord entre le médecin et le pharmacien, le premier ne peut-il s'approvisionner chez le second? — Mais nous frisons le compérage.

Pourtant, il faut bien s'y arrêter à cette question de compérage, puisque, paraît-il, tant de vertus immaculées redoutent une souillure du seul rapprochement avec le corps médical, incarnation de tous les vices et de toutes les tares.

Vous disiez que sous le nom de « spécialité » on confondait des choses absolument différentes, n'en serait-il pas de même sous le nom de compérage?

Pour nous, compérage est synonyme d'exploitation en commun de la crédulité publique, de participation aux bénéfices de tout ordre que cette exploitation peut donner — et ce compérage nous le repoussons aussi énergiquement que les plus purs d'entre vous. Mais toute entente entre un médecin et un pharmacien ne constitue pas par cela seul un compérage, et il peut y avoir telle association entre eux qui soit parfaitement licite.

Nous n'admettons pas la cryptographie qui, pour une ordonnance, oblige de s'adresser à tel endroit et non pas ailleurs, mais nous réclamons pour le médecin le droit d'indiquer telle officine si celle ci lui paraît présenter plus de garanties que sa voisine.

Nous n'admettons pas la remise cachée faite au médecin sur ses ordonnances, mais nous ne voyons pas pourquoi un médecin inventeur d'un produit ne saurait s'associer au grand jour avec un pharmacien pour exploiter ce produit.

Nous n'admettons pas qu'un médecin se mette au service d'un pharmacien pour donner des consultations gratuites compensées par des ordonnances fabriquées en conséquence, mais nous ne voyons pas pourquoi un médecin ne pourrait pas être actionnaire d'une fabrique de produits pharmaceutiques au même titre que d'une compagnie d'eaux minérales.

Il y a là une question de conscience qui délimite parfaitement ce qui est licite de ce qui ne l'est pas. S'il est des consciences élastiques qui s'accommodent à toutes les situations, croyez bien que la loi n'aura aucune action sur elles et qu'elles sauront la tourner pour montrer sans doute combien elles la respectent. Est-ce une raison pour repousser toutes les associations en bloc et sans distinction ?

Vous interdisez l'exercice des deux professions au médecin-pharmacien pourvu du double diplôme. Ne voyez-vous pas quelle inconséquence il y aurait à lui interdire, à lui qui a fait les études propres à chacune des deux professions, ce que vous serez forcé d'accorder au médecin de campagne éloigné de toute officine ? Qu'il puisse y avoir inconvénient à ce que les deux professions soient exercées dans leur intégralité par une même personne, c'est possible — ce n'est pas, dans tous les cas, par une interdiction absolue que la loi doit intervenir : une solution moins brutale se trouverait facilement.

Sur la question des spécialités, nous sommes d'accord, de même que sur celle des remèdes secrets — cela ne veut pas dire que nous n'aurions pas quelques détails à discuter, comme du reste sur bien d'autres points.

Mais vous savez maintenant ce qui nous divise:

ce ne sont point des questions de principe, ce sont plutôt des questions de mesure ou d'application. Vous aviez raison de dire par avance que l'entente entre nos professions n'était pas impossible, et, comme dès longtemps vous avez reconnu les raisons qui la sollicitent et les avantages qui en découleraient, de la déclarer désirable.

Comment donc y arriver?

Vous paraissez n'avoir qu'une confiance limitée dans l'enthousiasme des dignitaires de votre Association générale — La chose ne m'étonne qu'à moitié, car je sais par expérience que les Associations générales ne se mettent ni facilement ni rapidement en branle ; mais où vous m'étonnez tout à fait, c'est lorsque vous reportez cette confiance sur nos groupes parlementaires : hum ! je suis diablement plus froid que vous à cet endroit. Sans doute nos confrères légi-lateurs sont gens fort aimables et sont toujours tout à notre disposition ; n'empêche que, si nous parvenons à les mobiliser eux aussi, ce sera à la condition de leur apporter la besogne toute faite.

Et voyez-vous. pour faire cette besogne, il n'est encore rien de tel que les hommes de bonne volonté, dévoués aux intérêts de leur profession et mus par une conviction désintéressée.

Cordialement à vous.

A. Gassot.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat médical du Var

Assemblée générale ordinaire du 11 octobre 1906

Présidence de M. le Dr Brun-Bourguet

La réunion a lieu à Saint-Raphaël.

Sont présents : MM. Balp, Béraud, Bernard, Bœuf, Bontems, Casabianca, Cazeneuve, Chauvin Claudel, Coulomb, Courchet (Fernand), Courchet (Louis), Decugis Latil, Massol, Mourre, Reynier, Roubaudiy, Sigallas (Auguste), Porre Suard, Vadou.

Excusés : MM. Anthelmy, Bassel, Chaix, Doze, Girard, Mari. Salles, Senglar, Sigallas François.

M. Latil, de Flassans, présenté par M. Decugis, est admis à l'unanimité des membres présents.

Le Président fait part à l'assemblée de la mort des confrères Bassel, de Barjols, et Ardoin, de Gonfaron. Le Syndicat a été représenté aux obsèques de ces deux membres et quelques paroles ont été prononcées en son nom sur leur tombe.

Toutes les missions et les démarches dont avait été chargé le bureau dans la dernière réunion ont été exécutées ; le président rend compte des résultats obtenus.

L'Assemblée déclare approuver entièrement les conclusions du rapport des Drs Camescasse et Milon relatif à la révision de la loi sur les accidents du travail. Elle autorise le président à envoyer au nom du Syndicat, au Concours Médical, son adhésion aux conclusions de ce rapport.

On discute ensuite sur l'opportunité de créer des Syndicats cantonaux qui, suivant certains, seraient plus aptes à étudier et à solutionner rapidement les questions propres à chaque région. Finalement on décide de laisser chacun s'organiser au mieux des intérêts de chaque pays, mais il est entendu que si de nouveaux groupements sont créés, ils resteront sous la tutelle du Syndicat médical du Var.

L'adhésion à l'Union des Syndicats est votée à l'unanimité.

L'Assemblée décide de protester énergiquement contre la création du Certificat d'études médicales supérieures et de faire tous ses efforts afin que le décret du 2 juillet 1906 soit abrogé. Elle déclare s'associer entièrement à l'ordre du jour voté par le Syndicat médical de Lille et de la région.*

M. le Dr Chaix, de Varages, est élu administrateur en remplacement du Dr Basset, décédé.

Le bureau reçoit mission d'étudier un différend survenu entre deux confrères.

La séance est levée et suivie d'un banquet organisé par l'Association générale et par le Syndicat.

Le Secrétaire,	*Le Président,*
Dr Massol	Brun-Bourguet.

Syndicat de Valognes

Valognes, 8 novembre 1906.

Monsieur et cher Confrère,

An nom du docteur Viel, qui est maintenant notre président, en mon nom et en celui de tous nos confrères, j'ai le plaisir de vous annoncer que depuis hier soir nous avons définitivement constitué un Syndicat des médecins de l'arrondissement de Valognes. J'aurai l'avantage de vous adresser un exemplaire de nos statuts, le jour où ils seront réimprimés. Il me suffira de vous dire que je les ai calqués sur ceux de l'arrondissement de Versailles que vous avez bien voulu m'adresser.

Recevez, Monsieur et cher confrère, avec mes remerciements, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr H. Duval.

N. D. L. R. — Dans le but de répondre à l'appel du Dr Bolliet, nombre d'arrondissements normands viennent de se constituer des syndicats qui, pour le Calvados, la Manche et l'Orne, se grouperaient en *Fédération de la Basse Normandie* (siège social. Caen) *tout en restant affiliés à l'Union actuelle* dont le rôle indispensable s'affirme de plus en plus nécessaire.

Dans le Calvados, Caen. Vire, Pont-l'Évêque, Bayeux, sont prêts : de même, dans la Manche, Saint-Lô, Avranches, Granville, Mortain, Contances, Valognes. L'Orne a déjà des noyaux qu'il sera facile d'organiser méthodiquement, quand on le voudra, autour de centres préparés comme le sont Laigle, Flers, Domfront, Alençon et Argentan, qu'entraînera l'exemple de Mortagne bien resté sur la brèche.

La plupart de ces groupements adoptent le solide pacte statutaire du Syndicat de l'arrondissement de Versailles ; c'est dire qu'ils sont assurés de vivre. Nous sommes convaincus que l'ardeur apostolique des confrères de Caen, qui ont pris l'initiative de ce mouvement, se fera vite sentir dans les quelques coins encore silencieux et nous

nous ferons un plaisir d'annoncer sous peu la réussite complète de ses efforts.

Syndicat Médical de Mortagne.

Séance du 1er Octobre 1906.

A LA MAIRIE DE LAIGLE.

Présidence du Dr CHAMOUSSET, secrétaire.

Présents : MM. Aury, trésorier, Beauchef, Brisard, Clupot, Descuyper, Leroux, Lévy, Mortagne, Pinoche, Smizielski.

Excusés : MM. Lemoine et Mahé retenus par une période de 13 jours de service militaire, Bire, Boutron, Crosnier, Jamin, Joly et Levassort.

Correspondance.

1° M. Soyer donne sa démission parce qu'il a quitté le département de l'Orne pour se fixer dans le département du Nord.

2° M. Garnier, malgré les démarches pressantes faites auprès de lui par le président, le Dr Levassort et son collègue de Moulins, le Dr Pinoche, maintient sa démission qui est acceptée.

3° M. Martelli remercie le Syndicat de l'avoir nommé membre honoraire et exprime de nouveau le regret de quitter un syndicat agissant comme le nôtre.

Renouvellement du bureau

Il est procédé à la réélection des membres du bureau.

M. Bouteiller ayant sollicité à plusieurs reprises son remplacement à la vice-présidence, il est fait droit à sa demande il est proclamé, à l'unanimité, président honoraire.

On procède ensuite à la reconstitution du bureau.

Sont élus :

Président : M. le Dr Levassort ;
Vice-Président : M. le Dr Mortagne ;
Secrétaire : M. le Dr Chamousset ;
Trésorier : M. le Dr Aury.

M. Aury rend compte de l'état de la caisse qui se résume ainsi :

Dépenses	160 fr.	90
Avoir	116	78
DÉFICIT	44 fr.	12

La Société possède un livret de caisse d'épargne de 1.131 fr. 07 et les intérêts en cours.

La parole est ensuite au Dr Mortagne qui lit l'important travail qui suit :

Messieurs,

Le tarif légal concernant les accidents du travail, promulgué en 1905, était établi comme tarif d'essai pour deux ans et doit être modifié en 1907.

Une légitime émotion s'empara, lors de son apparition, de tout le corps médical. Les uns protestèrent non sans donner, je le reconnais, d'excellentes raisons, contre le principe même du tarif légal. D'autres, et je suis de ceux-là, tendaient au contraire à l'accepter comme un moindre mal, y voyant le seul moyen d'éviter des conflits quotidiens avec les compagnies d'assurances, sociétés financières dégagées de toute considération humanitaire et pourvues de services de contentieux dont le rôle habituel est de chercher chicane le plus possible, à propos de notes, en vue de réduire leurs dépenses au minimum et de servir par la même le maximum des dividendes à leurs actionnaires aux dépens tout à la fois des malades et des médecins.

Et puis peu à peu, comme il arrive, surtout pour les médecins qui, absorbés jour et nuit par des préoccupations immédiates et toutes particulières, sont naturellement portés à remettre à plus tard celles qui sont d'un intérêt plus éloigné et plus général, la question perdit de son acuité. Chacun chercha, surtout dans les localités où les confrères ont la bonne fortune de s'entendre entre eux, à se tirer d'affaire comme il pouvait dans son petit coin. Les compagnies d'assurances eurent la grande habileté de s'y prêter, en ne se montrant pas trop exigeantes, puisqu'il ne s'agissait encore que d'un tarif d'essai ; de sorte que c'est au milieu d'une certaine indifférence que nous nous approchons du moment où la révision se fera pour établir des tarifs qui, cette fois, soyez-en-sûrs, risqueront fort d'être définitifs.

Eh bien ! Messieurs, cette indifférence, je ne la partage pas, convaincu que je suis que jamais question plus grave et danger plus grand n'ont menacé l'avenir de la médecine en France. A ceux qui croient pouvoir se tirer d'affaire tout seuls, ou tout au moins à l'aide d'une entente locale, je dirai : « Prenez garde ! L'entente est bonne certes, mais elle ne suffit pas. Le remède n'est pas sûr »,

De deux choses l'une : ou les compagnies d'assurances y gagnent et vous êtes des dupes, ou, au contraire elles y perdent, mais doivent rentrer les griffes et faire momentanément patte de velours, en attendant des temps meilleurs... Qu'il vous arrive un nouveau confrère qui, lui, accepte ce tarif et vous m'en direz des nouvelles..... Vous n'aurez pas même le droit de vous en plaindre, pourvu qu'il ne soit pas incorrect par ailleurs, puisqu'il ne fera somme toute qu'appliquer la loi.... Et même sans cela, ayez seulement un gros sinistre, entraînant pour la compagnie la forte note à payer et vous verrez si, devant les tribunaux, elle se fera faute de réclamer, en dépit de toutes ses promesses, l'application du tarif légal !

Ce n'est pas par des arrangements particuliers que nous écarterons le péril, c'est au contraire en nous solidarisant étroitement.

Il n'y a plus à discuter sur le principe puisqu'il est maintenant entré dans le domaine des faits. A nous, par notre entente et par l'énergie de nos syndicats et de nos associations professionnelles d'exiger, d'obtenir, au moment de sa révision, que le tarif légal soit un tarif équitable et non pas un tarif dérisoire, un tarif de famine, comme celui qui a été promulgué en 1905. Il y va, je le répète, et j'y insiste parce que je crois que c'est la vérité, de l'avenir matériel et moral de notre profession.

Il ne s'agit pour le moment que d'un tarif concernant les accidents du travail. Mais ne nous y trompons pas. Peu à peu, il est impossible qu'il ne retentisse pas sur le tarif général et que celui-ci ne se rapproche pas insensiblement de celui-là. Je n'en veux pour preuve que la prévision dans ce tarif d'interventions qui ne sont en vérité que bien rarement la conséquence d'un accident du travail, exemples : le curettage utérin et l'uréthrotomie interne.

Sans doute un traumatisme peut contribuer à un avortement rendant le curettage nécessaire ; il pourra de même, chez l'homme, amener une lésion du canal donnant naissance à un rétrécissement cicatriciel.... mais enfin, dans l'immense majorité des cas, ce n'est pas en se livrant à leurs travaux de culture ou d'atelier que les femmes se mettent dans le cas de subir plus tard un curettage et les hommes une uréthrotomie..... Et si une contestation s'élève à propos du règlement des honoraires, à la suite de ces opérations faites dans les conditions habituelles, croyez-vous que le juge de paix, manquant d'une base d'appréciation, ne sera pas fortement tenté de s'en référer au tarif légal, se disant après tout que du moment où la loi n'oblige les richissimes compagnies à ne payer que jusqu'à concur-

rence de ce tarif, le médecin n'aura pas à se plaindre si, lui, juge de paix, condamne l'ouvrière ou l'ouvrier peu fortunés à payer de leur poche une somme égale ?

Ne me dites pas que je suis pessimiste ou que je prévois les choses de trop loin. Je vous répondrai en vous invitant à vous reporter à un jugement du juge de paix du 1er arrondissement de Lille (voir *Répertoire de médecine et de chirurgie*, n° d'août). Certes, il n'applique pas au prix des visites le tarif des accidents du travail. C'eût été difficile : il constate, en effet, qu'il s'agit d'un client aisé, dont la maladie n'a en outre rien à voir avec le travail. Cela n'empêche pas qu'à trois reprises différentes, dans ses considérants, quand il s'agit de fixer les honoraires d'une consultation, de l'assistance à l'opération et des pansements consécutifs, il s'en réfère de la façon la plus explicite à « l'*arrêté de M. le Ministre du Commerce du* 30 *septembre* 1905 *fixant le tarif des frais médicaux en matière accidents du travail* ».

Dans l'espèce, comme il n'a pas pris ce tarif comme base pour les visites et qu'il emprunte seulement la proportionnalité, le jugement ne semble pas avoir lésé gravement les intérêts du confrère ; mais convenez tout de même que c'est un acheminement et que de là à prendre le même tarif pour base d'appréciation en cas de litige pour une opération, par exemple, chez un client appartenant à une catégorie sociale moins aisée que celle du client de Lille, il n'y a pas très loin.

D'autre part, lorsqu'un client saura que le médecin se contente d'un tarif inférieur quand il va le voir en qualité de blessé du travail et quand c'est le patron ou l'assurance qui paie, pense-t-on qu'il ne récriminera pas lorsqu'il devra payer de sa poche un prix plus élevé pour une maladie ou un accident vulgaire ? En outre, dans les exploitations agricoles où fonctionne souvent le système d'assurances dit « à l'hectare », le patron n'est-il pas assuré lui-même au même titre et dans les mêmes conditions que ses ouvriers ? Or, pour lui comme pour eux, l'assurance s'en tiendra toujours au tarif légal. J'entends bien qu'en justice vous aurez le droit de lui réclamer un supplément d'honoraires. Si vous plaidez, j'admets même que vous gagnerez, puisque la loi ne vise que les ouvriers. Mais j'ai bien peur qu'à ce jeu-là vous ne le perdiez tout à fait comme client et que, pour éviter cet ennui, vous ne passiez sous les fourches claudines, créant ainsi pour l'avenir un dangereux précédent.

Ce serait pourtant le cas ou jamais de mettre en pratique la théorie du *Concours médical,* suivant laquelle le tarif légal fixerait seulement la part contributive du patron dans les frais de maladie, quand l'ouvrier choisit son médecin, mais laisse au médecin, dans ce cas-là, le droit de lui réclamer un supplément d'honoraires jusqu'à concurrence du tarif local.

Messieurs, je rends hommage au zèle avec lequel le *Concours médical* s'attache à la défense de nos intérêts professionnels, mais dans le cas actuel, on ne m'en voudra pas de trouver que sa théorie est peut-être très subtile, mais certainement très dangereuse.

D'abord, est-ce si sûr que cela que nous ayons ce droit, à moins bien entendu de conventions préalables, nettement explicites ? Que l'ouvrier ait le droit comme tout le monde de prendre un médecin en le payant, c'est une vérité de La Palice, et vraiment, il n'eût pas été nécessaire de faire une loi pour cela. Aussi n'est-ce pas là ce qu'a dit la loi. Elle a voulu deux choses, au point de vue qui nous intéresse : 1° que l'ouvrier blessé au cours de son travail reçût *gratuitement* les soins nécessaires (1) ; 2° que le blessé pût s'adresser au médecin *de son choix.* Que la responsabilité patronale soit limitée pour éviter des abus, on le comprend. Le patron doit à son ouvrier des soins convenables, comme il lui doit une indemnité lui permettant de vivre pendant sa maladie, et de même qu'il est clair qu'il serait excessif de l'obliger à faire venir les repas de chez Potel et Chabot, de même il est clair qu'il ne serait pas plus logique de l'obliger à payer les honoraires élevés d'un grand maître de la chirurgie s'il prenait fantaisie à l'ouvrier de l'appeler !

Mais il est non moins clair que si la loi établit le principe de la liberté du choix, c'est qu'elle veut, ce qui est du plus simple bon sens et de la plus élémentaire justice, que l'ouvrier puisse choisir entre les praticiens de sa localité qu'il connaît et auxquels il s'adresse journellement.

Et il est plus clair encore que cette liberté du choix du médecin par l'ouvrier devient singulièrement précaire, si pour en jouir il lui faut perdre la gratuité des soins accordée par la loi (1). Admettons néanmoins que sa confiance dans son médecin soit telle qu'il consente à passer outre et à perdre le bénéfice partiel de cette loi ; comment fera-t-il la plupart du temps pour faire face aux engagements qu'il contracte de la sorte vis-à-vis de son médecin ? Ce n'est jamais pour les petits accidents que l'on a maille à partir avec les assurances. Pour ceux-là, elles paient toujours sans difficultés ; c'est pour elles une réclame. Où les choses se gâtent, c'est précisément à la suite des sinistres plus graves qui ont nécessité pour l'ouvrier des soins et un repos prolongés, c'est-à-dire quand la note est plus forte et quand, du fait de son inaction forcée, la misère est entrée au foyer de l'ouvrier. Alors, avec quoi paiera-t il ?

« C'est son affaire ! Poursuivez-le ! », dit le *Concours* sinon sous une forme aussi brutale, tout au moins en substance.

Eh bien ! je réponds « pratiquement nous ne pouvons pas le poursuivre, si ce n'est dans des cas exceptionnels, quand nous avons affaire à un homme de mauvaise foi ». En dehors de là, nous ne le pouvons pas sans compromettre notre dignité et, jusqu'à un certain point, sans manquer à notre devoir d'humanité. Certes, je ne suis pas de ceux qui se désintéressent du côté matériel, mais j'entends que nos intérêts matériels doivent marcher de pair avec nos intérêts moraux. Ils sont solidaires. Nous avons le droit, plus que cela, nous avons le devoir vis-à-vis de nos familles et de nos confrères de tenir la main à la juste rémunération de nos soins. *Mais*, tout de même qu'on ne nous demande pas d'aller jusqu'à la férocité ! Nous nous plaignons que la profession médicale n'a plus le prestige et la considération dont elle a joui autrefois. Pense-t-on que ce soit un moyen de les lui rendre ?

Et à ceux qui m'accuseraient de déplacer la question et de faire du sentiment, je dirai encore : Je vous défie de poursuivre ! Je vous en défie au nom de vos intérêts les plus égoïstes. Que gagnerez-vous la plupart du temps à poursuivre un insolvable ? Vous y serez de vos frais. Et puis, si à Paris et dans les grandes villes, par suite des relations moins étroites avec la clientèle, par suite aussi des facilités que donnent les hôpitaux, etc., les médecins peuvent se montrer plus exigeants, il n'en est pas de même en province. Le médecin procédurier qui traînerait à tout bout de champ ses clients devant le juge de paix, qui surtout y traînerait trop facilement les malheureux, risquerait fort de voir sa clientèle s'éclaircir rapidement. Ce sont là des moyens dont nous pouvons et dont nous devons peut-être quelquefois user, mais avec discrétion. D'ailleurs on n'y gagne pas toujours beau-

(1) N. D. L. R. — Notre confrère nous permettra de lui dire que son erreur est absolue et grave, ainsi que la thèse qu'il élève sur cette prémisse.

La loi actuelle, forfaitaire, ne donne nulle part réparation complète au blessé : le *Concours Médical* est sûr de cela ayant été bien placé pour l'apprendre.

(1) C'est en effet très clair : la liberté du choix du médecin est payée ainsi par le blessé en théorie, et en pratique par le pauvre médecin philanthrope qui se demande pourquoi, mais n'a qu'à s'incliner.

N. D. L. R

coup.. la justice n'est gratuite qu'en théorie et on ne paie pas aux plaideurs le temps qu'ils passent au prétoire. Un confrère, aujourd'hui défunt, me contait un jour qu'il avait plaidé, et avec juste raison, contre un client grincheux pour une note de 45 francs. Il eut 15 à 20 francs de frais de toute nature et il avait perdu trois matinées !

On peut, il me semble, tirer de tout cela cette conclusion que si la théorie du *Concours médical* peut se soutenir à l'aide d'arguties juridiques (ce dont je ne suis pas très convaincu), elle est pratiquement inapplicable.

Or, remarquez-le bien, j'ai supposé le cas où le blessé tenait formellement à choisir son médecin. Mais s'il accepte le médecin choisi par le patron, c'est-à-dire par l'assurance, ce qui sera la règle, irez-vous lui réclamer le supplément entre le tarif local et le tarif légal ? Il vous répondra qu'il ne vous a pas appelé! Irez vous le réclamer au patron? L'assurance qui est derrière vous opposera le tarif légal !

C'est donc en définitive à celui-ci qu'il faut en revenir. De là pour nous la nécessité de tenir bon pour qu'il soit ce qu'il doit être, c'est-à-dire suffisant pour permettre au médecin consciencieux de donner à ses malades les soins que réclame leur état, et d'exercer sur eux la même surveillance que dans le reste de sa clientèle, surveillance d'autant plus nécessaire ici que c'est surtout dans ces cas d'accidents du travail que le médecin risque d'avoir des ennuis et de voir mettre en jeu sa responsabilité matérielle. Les cas de médecins attaqués pour des résultats défectueux à la suite de fractures, par exemple, sont déjà assez nombreux. Du reste, ne nous illusionnons pas, avec les tendances actuelles, ils deviendront de plus en plus fréquents. Les compagnies, obligées de payer des indemnités en cas d'infirmités, ne manqueront pas, sous le moindre prétexte, de se décharger dans la mesure du possible sur le dos du médecin.

Or pour que le médecin puisse, sans être dupe, faire tout son devoir, deux choses sont nécessaires : 1° qu'il n'y ait pas de tarif à forfait, si ce n'est, je l'admets, pour l'acte opératoire ; 2° que les visites soient taxées à un prix raisonnable. D'ailleurs, à y bien regarder, l'intérêt bien entendu des compagnies s'accorde là-dessus avec le nôtre. Que d'infirmités pour lesquelles elles doivent payer de lourdes indemnités et qui eussent été facilement évitées, si l'on eût surveillé d'un peu plus près un appareil et qu'on l'eût changé ou rectifié au bon moment. Que *d'incapacités de travail* prolongées pendant de longues semaines au lieu de quelques jours, simplement parce qu'après la suture ou le premier pansement un peu d'infection s'est produite, qu'il eût été possible de prévenir ou de limiter, mais dont le médecin n'a pu se rendre compte en temps opportun. Est-ce sa faute, après tout ? Quand il a rempli auprès d'un blessé son devoir d'humanité et réparé le mal de son mieux, peut-on exiger de lui qu'il abandonne, sinon qu'il néglige, la clientèle qui le fait vivre pour faire des visites qu'on lui marchandera ou qu'on ne lui paiera qu'un prix dérisoire ?

A cela, les compagnies répondent qu'il y a eu de la part de certains médecins des abus criants. C'est possible. Il y a dans le corps médical, comme partout, des brebis galeuses. Mais à ces abus, est-il donc si difficile de remédier ? Or il existe une commission de vérification pour l'assistance médicale où les mêmes abus étaient à craindre et personne ne s'en plaint. Pourquoi n'existerait-il pas pour les accidents du travail une commission analogue, commission mixte si l'on veut, où siègeraient des représentants des diverses compagnies exerçant dans la région et des représentants des syndicats ou des associations médicales locales ? Sa besogne serait facile puisqu'elle aurait comme base d'appréciation le tarif légal que, nous aussi, médecins nous réclamons.

Mais pour être acceptable il faut que ce tarif soit modifié. Par tous les moyens nous devons l'exiger, car, tel qu'il est actuellement, il aboutirait à brève échéance à la ruine de notre profession dans les campagnes.

Il est visible, Messieurs, que les médecins de campagne n'étaient pas représentés dans la commission où s'est élaboré le tarif de 1905, car il suppose une ignorance absolue de la topographie rurale, des moyens de communication et de transport, en un mot des conditions dans lesquelles s'exerce la médecine à la campagne.

Pour les citadins en général, il est entendu qu'à la campagne on vit pour rien.... C'est un de ces axiomes qu'on ne discute pas et c'est sur lui sans doute qu'on s'est appuyé pour donner des coefficients aussi différents—, puisqu'ils varient de 25 % et parfois de 50 %, — aux honoraires médicaux suivant l'importance des localités.

Nous avons des loyers moins élevés que dans les grandes villes, c'est indiscutable. Ces loyers sont, malgré tout, relativement élevés puisqu'ils comportent, outre la maison d'habitation, des écuries et remises indispensables. Aussi, je ne crois pas être loin de la vérité en disant que le minimum de loyer pour un médecin est de 700 à 800 francs dans nos régions. Nous sommes loin des 2.000 ou 3.500 fr. en fixant à ce chiffre le minimum correspondant du loyer d'un de nos confrères parisiens ; encore loin si l'on veut, des loyers de nos confrères des grandes villes de province, bien que les logements y soient moins chers qu'à Paris. Mais en revanche ils ont à leur disposition des moyens de transport économiques. Pour 1.000 fr. on fait du chemin en tramway ou en métro. Pour 1.000 francs à la campagne on entretient tout juste un cheval ; or il en faut presque toujours deux, souvent trois, à moins qu'on ne remplace deux chevaux par un automobile ce qui est commode mais pas plus économique. Chevaux ou automobile, exigent un domestique, serviteur de luxe pour le médecin urbain, strictement nécessaire au médecin rural.

En analysant ainsi le budget de chacun d'eux, il est aisé de se rendre compte que si les frais d'exercice ne se balancent pas entièrement, leur écart n'est pas tel en tous cas qu'il justifie des différences aussi considérables de tarifs.

Mais où l'injustice dépasse en vérité les limites permises de l'arbitraire, si l'arbitraire peut être jamais permis, c'est quand on a la prétention d'appliquer les mêmes coefficients non plus seulement au petit pansement vulgaire ou à la visite ordinaire, mais aux opérations de chirurgie proprement dites, comme si une opération demandait moins de *valeur technique* à la campagne qu'en ville, comme si le chirurgien de campagne n'avait pas au contraire, plus de frais d'instrumentation que son collègue des villes, puisque, faute d'autoclave, il n'a à sa disposition pour stériliser ses instruments que le flambage ou l'ébullition, moyens dispendieux auxquels les instruments ne résistent guère quand on les y soumet fréquemment, ce qui l'oblige à renouveler souvent son arsenal ; comme si, surtout, faute d'aide et de personnel instruit, obligé de préparer lui-même le milieu et tous les accessoires de l'opération qui sont la garantie indispensable du succès, il n'était pas contraint d'y dépenser notablement plus de temps.

L'injustice est flagrante. Mais, comme cet argument risquerait de toucher assez peu les compagnies, j'ajouterai qu'à leur propre point de vue, c'est plus qu'une injustice..... c'est une bêtise.

Etant donnés les tarifs qu'on lui offre, le médecin de campagne aura tout intérêt, pour peu que le cas ne soit pas absolument de tout repos, à faire appel à un confrère de la ville voisine. Il se contentera de la part qui lui est allouée comme aide. Il y perdra, tout compte fait, 20 francs, 30 francs au maximum, exceptionnellement 40 francs dans les opérations les plus haut cotées. Mais sa responsabilité sera à couvert ; il échappera en cas d'insuccès à la malignité publique et pour qui sait de quoi elle est capable dans les petites localités, pour qui

suit la progression des faits où la responsabilité médicale se pose devant les tribunaux et les jugements monstrueux auxquels trop souvent elle donne lieu, convenez qu'il aurait bien tort de l'engager pour ce prix-là et que sa sécurité vaudra bien ce léger sacrifice.

Et notez que je n'envisage en ce moment que le confrère un peu timoré peut-être, mais somme toute parfaitement correct. Et si d'aventure le confrère de la ville proposait de partager la majoration dont il bénéficie ? Alors nous serions amenés à conclure que tarifer différemment des opérations identiques c'est offrir purement et simplement une prime à la paresse et au truquage...... C'est introduire dans les mœurs médicales un élément de corruption contre lequel nous devons tous protester.

J'arrive à la question la plus grave, celle des indemnités de déplacement, bien autrement importante que celle de savoir si l'on paiera 10 sous de plus ou de moins les visites faites dans la localité, car le nombre de ces dernières dans une bourgade ou une petite ville ne saurait jamais être bien considérable et elles n'entraînent pas de frais, ce qui est capital.

« Cette indemnité est calculée par kilomètre parcouru en allant et en revenant entre la limite de la commune de la résidence du médecin et la mairie de la commune où est traité le blessé à raison de 0 fr. 20 si le transport a été effectué en chemin de fer; 40 centimes si le transport a eu lieu autrement ».

C'est tellement énorme, cela dénote une telle ignorance des conditions dans lesquelles nous exerçons qu'on ne trouve qu'un seul argument à opposer. C'est d'engager la commission qui revisera le tarif à consulter la carte des communes. Si sa devancière y eût jeté un coup d'œil et si ce coup d'œil eût dépassé l'horizon de la banlieue, elle aurait vu : 1° que la distribution topographique des communes est essentiellement irrégulière ; 2° que dans les communes rurales les plus régulières de forme, celles dans lesquelles la bourgade est située au centre de la commune, cette bourgade est toujours ou presque toujours distante de plusieurs kilomètres de la limite de la commune, elle est loin de correspondre au centre géographique, d'où il suit que très souvent cette mairie se trouve très rapprochée de la limite de la commune voisine ou réside le médecin, alors que la commune dont elle est le chef-lieu s'étend très loin au-delà. Il serait trop aisé et un peu oiseux de citer des exemples.

Pour apprécier le préjudice causé par l'application du tarif actuel, il suffit de calculer les distances réelles. On arrive à cette constatation que le médecin, d'après le tarif en vigueur, n'a droit à une indemnité dans les cas les plus exceptionnellement favorables, que pour la moitié de son déplacement réel : ordinairement ce droit s'exercerait dans des limites qui varient entre le tiers et le cinquième, assez souvent beaucoup moins, un huitième et parfois même un dixième du déplacement réel.

Eh bien ! messieurs, il est impossible d'accepter pareille situation. Nos clients sont habitués à payer au médecin son déplacement effectif. Le simple bon sens dit qu'on ne saurait agir autrement. Que les compagnies ne viennent pas objecter qu'il leur serait impossible d'exercer un contrôle pour chaque cas particulier, N'ont-elles pas partout des agents qui connaissent la région constituant leur champ d'opérations ? N'est-ce pas à ces agents que nous transmettons nos notes ? S'ils soupçonnent une erreur dans la distance, ne leur est-il pas aisé de se renseigner et de vérifier ?

Pour nous, nos représentants dans la Commission devront le dire nettement, sans parler de grève et sans vouloir prendre une attitude comminatoire : nous ne croyons pas qu'un médecin consciencieux puisse, à moins d'être très riche et de faire de la médecine en amateur, assumer la responsabilité de soigner et de surveiller nos malades à distance, à des conditions aussi dérisoires, alors que les frais de transport au tarif habituel grèvent déjà si lourdement notre budget. C'est condamner les blessés à demeurer sans soins ou à se contenter d'un simulacre de traitement ..

L'indemnité est encore diminuée de moitié si le transport a lieu en chemin de fer. Nulle part peut-être mieux que dans cet article n'éclate l'ignorance absolue de la commision de 1905 touchant les conditions d'exercice de la médecine à la campagne ou le parti pris de n'en pas tenir compte.

Pratiquement, au point de vue clientèle, le chemin de fer est à peu près inutilisable. S'il en était autrement, avec les abonnements à prix réduits que donnent les compagnies de chemins de fer, tout le monde y aurait recours. En est-il un seul parmi nous qui l'ait fait? Non, et pour une bonne raison, c'est que nous ne sommes pas sur les lignes de banlieue où les trains se suivent à intervalles rapprochés, avec stations à tous les carrefours. Il suffit de jeter les yeux sur un indicateur pour voir que, sur les lignes de province, par suite de la rareté des trains et de la difficulté des correspondances, la moindre visite, même à proximité d'une gare, entraînerait un déplacement d'une matinée ou d'une après-midi, trop heureux si, retenu auprès du malade plus longtemps qu'on ne l'avait prévu on ne manquait pas le train de retour. Qu'on veuille bien considérer d'autre part qu'arrivés à la gare destinataire nous aurions encore la plupart du temps un long trajet à parcourir souvent plusieurs kilomètres tant à l'aller qu'au retour. entre la gare et le domicile du malade. Dans ces conditions, au lieu de diminuer de moitié l'indemnité, on la doublerait, on la triplerait, on la quadruplerait que nous ne pourrions pas d'avantage accepter l'obligation d'employer ce moyen de transport. Or si je m'étends sur cette question, si claire pour tous ceux qui, comme nous, la connaissent, c'est que j'ai eu dans une circonstance l'occasion de voir que les compagnies d'assurances avaient bien la prétention de nous imposer le chemin de fer, lorsqu'il existe, comme moyen de transport vis-à-vis de leurs sinistrés. C'est une exigence qui doit être énergiquement repoussée lors de la revision du tarif.

A aucun prix, au surplus, sur cette question d'indemnité de déplacement, nos confrères membres de la commission ne peuvent transiger sans trahir les intérêts vitaux de la corporation. Ils ne devront pas, comme en 1905, «s'incliner, suivant leur expression devant une majorité, présentement irréductible parce qu'insuffisamment éclairée». Ils devront l'éclairer, cette majorité, et si elle *ferme* volontairement les yeux à l'évidence, ils *devront, eux aussi, être irréductibles*. Mieux vaut qu'ils démissionnent que de sanctionner par leur signature la *ruine de leurs* confrères.

Peut-être serait-il possible alors d'en appeler devant le Parlement. L'importance du service social qui nous incombe est assez grande, ce semble, pour mériter l'attention des Chambres. Or, nous serions autrement plus forts pour protester contre un tarif fait sans nous et contre nous que si les compagnies avaient le droit de venir dire : Ce tarif dont vous vous plaignez, il a été voté par une commission dans laquelle se trouvaient des médecins qui l'ont laissé passer.....

Enfin, il est encore stipulé que l'indemnité ne saurait être en aucun cas supérieure à celle qui serait due au médecin le plus rapproché.

A première vue, cela paraît assez juste. A la réflexion il n'en est pas tout à fait de même. Qu'il en soit ainsi quand il y a un médecin dans la résidence du blessé, d'accord. Il serait excessif de demander à un patron de payer une indemnité de déplacement à un médecin étranger quand il en a un sous la main. A un autre point de vue, nous ne devons pas chercher à concurrencer un confrère dans sa localité. Mais dans les communes intermédiaires la question change d'aspect. Les clientèles y sont en quelque sorte enchevêtrées les unes dans les autres. Tous, sans exception, nous avons sur les limites de nos clientèles respectives des clients un peu plus rap-

prochés du Dr X..., mais qui s'adressent quand même au Dr Y... sans qu'aucun de nous puisse songer à s'en plaindre, pourvu bien entendu que tout se passe correctement et qu'il n'y ait pas de concurrence déloyale. Dans ces conditions qu'arrivera-t-il ? Quoique un peu plus éloigné, le Dr Y.., pour conserver son client, se contentera de l'indemnité du médecin le plus rapproché et s'il est excusable, il n'en fera pas moins, ce qui est toujours fâcheux, de la médecine au rabais, ou bien le Dr X... profitera de sa situation privilégiée pour soustraire le malade à son médecin habituel, ce qui ne sera pas d'une confraternité beaucoup plus raffinée. Y... y perdra son client. X.., y perdra un peu de sa dignité et le blessé, lui, perdra ce que la loi semblait lui garantir, c'est-à-dire le droit d'avoir le médecin de son choix ! Car après tout, on ne peut pas choisir si ce n'est à tout le moins, entre deux.

Et puis n'oublions pas que, jusqu'ici, sous le régime du tarif 1905 (il est vrai que nous demandons son abrogation sur ce point), l'indemnité se calcule de *la limite de la commune où* réside le médecin, à la mairie de la résidence du blessé. Le médecin *le plus rapproché* légalement pourra donc et sera donc en réalité, dans bien des cas, le plus éloigné en fait.

Pour ce qui est du tarif lui-même, c'est-à-dire des honoraires accordés tant pour les visites que pour les interventions, il y aurait beaucoup à dire. Je n'entrerai pas dans le détail pour ne pas prolonger davantage un rapport déjà trop long. Sur ce point, l'accord semble être fait dans le corps médical pour réclamer des modifications qui, nous l'espérons, donneront satisfaction à l'ensemble des médecins.

Mais, faisant partie d'un syndicat comme le nôtre composé presque uniquement de médecins de campagne il importait de mettre en lumière la profonde injustice du traitement qu'on prétend nous imposer. Peut-être m'y suis-je trop étendu, abusant ainsi de votre bienveillante attention. Mon excuse est dans l'importance que me paraît présenter la question.

Nos confrères des villes, quoique mieux traités, sinon moins maltraités que nous, ont le devoir de se solidariser avec nous. Leur intérêt même leur en fait une loi. *Ils se plaignent, non sans raison*, de l'encombrement de la profession dans les grandes villes, Que serait-ce le jour où des tarifs par trop insuffisants forceraient les médecins découragés à déserter de plus en plus les campagnes ?

Ce que nous demandons c'est juste. Ce que nous défendons, c'est l'intérêt général de la corporation médicale, c'est la dignité morale, c'est par là même l'intérêt de nos clients qui n'ont pas de meilleure garantie.

C'est pourquoi, en émettant le vœu que les médecins de campagne soient représentés dans la commission de révision du tarif, afin de pouvoir discuter leurs intérêts, je propose au Syndicat de voter les conclusions suivantes :

1° En aucun cas, les honoraires pour la visite au domicile du blessé ne pourront être inférieurs à 2 francs ;

2° Le tarif des opérations chirurgicales sera uniforme quelle que soit l'importance de la localité ;

3° Les pansements ultérieurs seront payés en plus à la visite et non à forfait :

4° En cas de contestation, le litige sera soumis à une commission de contrôle analogue à celles qui fonctionnent pour la vérification des comptes de l'assistance médicale gratuite ;

5° L'indemnité de déplacement sera effective et comptée du domicile du médecin à celui du blessé, Elle sera le même quelque soit le moyen de transport employé. *Sur ce point nous demandons à nos representants d'être absolument irréductibles.*

6° Elle ne pourra jamais être supérieure à celle qui serait due au plus favorisé des deux médecins les plus rapprochés.

A la suite de cette communication tous les membres présents du Syndicat félicitent chaudement leur excellent confrère, le Dr Mortagne, d'avoir si clairement exposé et si vigoureusement défendu les intérêts professionnels.

Le Syndicat décide que la plus grande publicité doit être donnée à ce travail si consciencieux et si démonstratif et émet le vœu que l'*Union des Syndicats de France* « le Concours médical » et le « Sou médical » prennent l'initiative de la réunion d'un congrès où chaque syndicat enverrait un ou deux délégués pour faire prévaloir les justes revendications des médecins (1).

Le Dr Levy demande l'appui moral du Syndicat contre un patron de Gacé qui oblige ses ouvriers, en cas d'accident de travail, à s'adresser à son médecin à lui, contrairement aux prescriptions de la loi qui établit la liberté absolue du blessé à choisir son médecin.

Plusieurs autres confrères se plaignent également des moyens détournés pris par les chefs d'entreprises pour entraver cette liberté.

Le Syndicat promet l'appui moral réclamé par notre confrère et décide que, par intervalle, une note sera publiée dans les journaux de la région pour renseigner les ouvriers sur cette question qui les touche de si près.

Le Syndicat s'associe à la vigoureuse campagne commencée contre le Certificat d'Etudes médicales supérieures par toutes les associations professionnelles, des médecins de France.

A midi la séance est levée, on se rend à la salle du banquet, *Hôtel du Dauphin*, où l'on continue à s'entretenir *inter pocula* des intérêts de la profession.

Syndicat médical des Deux-Sèvres.

Assemblée générale tenue à Niort le 9 octobre 1906 sous la présidence du Dr J. CHARIER, président.

La réunion a été précédée du banquet annuel, parfaitement organisé par le docteur Collon, et très bien servi à l'Hôtel de France, 27 membres y assistaient. Au champagne, le Président remercie les membres présents, ainsi que MM. Paul Mercier, notre sympathique avocat-conseil, et Georges Clouzeau, notre aimable avoué, qui ont bien voulu répondre à son invitation ; il lève son verre à la prospérité du Syndicat, au repos hebdomadaire médical et à la journée de dix heures. M. Boudard remercie le Président du zèle et de l'activité qu'il dépense sans compter dans ses délicates fonctions.

La réunion a eu lieu, à deux heures, à l'Hôtel-de-Ville.

Trente-et-un présents : MM. Collon, Largeau, Mayet, Tournadour, Tiffaud, Poineau, Corbin, Moreau (de Saint-Maixent), Clochard, Forget, Robineau, Demarque, Charier, Mosnay, Dourif, Lamy, Clais, Gilles, Boudard, Dulout, Breffeil, Gaillard Charles, Marion, Bouchet, Vermeil, Frey. Verlet, Métayer, Gandeau, Riffault, Pons.

Trente excusés : MM. Fayard, Roulland, Petit, Senoble, Grassin, Motheau, Vandier, Besnard, Lecointre, Audouin, Cotilleau, Ferrand, Roy, Guinebertière père, Guinebertière fils, Arin, Pérault, Moreau (de Châtillon), Demange, Gaub, Rabec, Frinquet, Grimaud, Bayoux, Nicoullaud,

(1) N. D. L. R. — Nous n'hésitons pas à dire que le prochain *Congrès des praticiens* fera bien de donner satisfaction à ce vœu de nos confrères de l'Orne. La manifestation péserait lourd sur la commission de révision du tarif de 1907.

Maillard, Gaillard père, Guillou (de Saint-Loup), Bégusseau, Guillon (de Secondigny).

Vingt absents non excusés : Pillet, Roux, Martineau, Riflé, Chabot, Brillaud, Faure Gustave, Faure Louis, Verrier, Gallot, Escure, Pelletier, Bureau, Clément, Girard, Pradel, Landry, Seguin Jaurand, Le Guichaoua.

En l'absence du secrétaire, souffrant et excusé, le Docteur Lamy, de Melle, est nommé secrétaire de la séance.

Procès-verbal de la dernière réunion. — Lu et adopté, après rectification d'une erreur d'impression, indiquant le domicile du docteur Vermeil à Secondigny, quand c'est à Menigoute qu'il réside.

Correspondance. — Outre les lettres et télégrammes d'excuses mentionnés plus haut, la correspondance comprend :

Les lettres de candidature de MM. Renon et Boulet, de Niort, parvenues ce jour seulement. Ces candidatures, trop tardivement posées pour figurer à l'ordre du jour envoyé avec les convocations 15 jours avant la réunion, seront reportées à l'Assemblée du printemps prochain. A ce sujet, le Président rappelle qu'à cette réunion prochaine auront lieu les élections du bureau et des syndics ; les concurrents pour les candidatures sont priés de se faire connaître.

Une lettre de M. Boutron-Limouzin, de Mauzé, président d'un nouveau Syndicat de défense professionnelle des pharmaciens des Deux-Sèvres et départements limitrophes, qui informe le Syndicat médical de sa fondation.

Lettre du Docteur Vigne, de Lyon, pour l'envoi des circulaires destinées à combattre l'encombrement médical. Le Président a associé notre Syndicat à cette œuvre, mais les adresses de jeunes gens se destinant à la profession médicale et à leurs familles domiciliés dans les Deux-Sèvres, qui lui ont été fournies, ont été peu nombreuses.

Lettre du Syndicat de Lille et de la région relative à la création du nouveau certificat d'études médicales supérieures. L'Union des Syndicats étudie la question pour en demander ou la suspension ou le changement de titre ; le Syndicat des Deux-Sèvres ne peut que s'associer à cette idée.

Trente-six lettres de demandes d'avis ou renseignements auxquelles il a été répondu par le Président. Ce nombre montre combien la correspondance est active, combien chaque syndiqué tient à rester en communauté d'idées et d'action avec ses confrères et ne jamais rien faire ou engager sans prendre les renseignements nécessaires à une conduite unanime, toujours la même.

Enfin, l'inspecteur de l'assistance publique ayant quitté le département, le projet de création des consultations de nourrissons semble être abandonné par la Préfecture.

Cotisations. — En l'absence du trésorier excusé, le Président informe les membres qui n'ont pas encore payé leurs cotisations que celles-ci seront recouvrées en fin d'année par la poste aux frais du Syndicat.

Candidatures. — MM. les Docteurs Robineau, de Beauvoir, présenté par MM. Collon et Charrier, Pons, de Clessé, présenté par MM. Breffeil et Charrier, et Maillard, de Pamproux, présenté par MM. Ch. Gaillard et Charier, sont admis à l'unanimité membres du Syndicat. Les deux premiers présents assistent à la réunion. M. Maillard s'est excusé par télégramme.

Election de deux délégués à l'Assemblée générale de l'Union du 17 novembre 1906. — Sont élus MM. Boudard, de Sauzé-Vaussais, et Mosnay, de Saint-Varent. Le docteur Charier, membre du Conseil de l'Union, qui assiste de droit à l'assemblée, est nommé suppléant, le cas échéant.

Répression de l'exercice illégal de la médecine. — Le Congrès réuni à cet effet a été tenu à Paris cette année. De toutes les communications et discussions, il ressort nettement qu'avec la législation qui nous régit, les poursuites ne peuvent être engagées avec chance de réussite par les syndicats médicaux qu'à la condition de pouvoir fournir des preuves indéniables et surtout d'amener au tribunal des témoins qui ne se récusent pas et veuillent témoigner de faits précis; c'est dire que nos enquêtes doivent être faites avec beaucoup de soin, les affaires étudiées préalablement, pour ne pas engager à la légère des poursuites qui n'aboutiraient pas. Deux projets récents de poursuites ont dû être abandonnés, faute de preuves suffisantes.

Le docteur Breffeil propose que tous les syndiqués réunissent les dossiers des rebouteurs, magnétiseurs, dormeuses, etc., de leur région avec l'indication de leurs noms et domicile et les envoient au Président qui aura ainsi la liste de toutes les personnes du département qui se livrent habituellement à l'exercice illégal de la médecine. Ces dossiers une fois établis, ces individus seront informés que le Syndicat les surveille et se propose, le cas échéant, de les poursuivre devant les tribunaux.

Ce vœu est adopté.

Revision de la loi accidents du travail. — Après avoir entendu la lecture des modifications proposées dans le rapport des Docteurs Camescasse et Milon, publiés dans le numéro 18 du *Concours Médical* du 6 mai 1906, l'assemblée vote successivement leur adoption et déclare adhérer entièrement aux conclusions de ce rapport, les approuver complètement et s'engage à poursuivre, d'accord avec tous les groupements professionnels adhérents à ces conclusions, la réalisation des modifitions prévues par ce rapport.

Les confrères qui ont des documents à fournir au sujet du tarif des visites et consultations locales publié au cours de cette année par le Ministère du Commerce, sont priés d'en saisir, avant le 31 décembre 1906, avec preuves à l'appui, le Président, chargé de faire le nécessaire à ce sujet, si ce tarif est revisable en 1907.

Inspection médicale des écoles. — Plusieurs confrères ont été pressentis par les instituteurs, sollicités par M. l'Inspecteur d'Académie, pour faire connaître les conditions dans lesquelles ils voudraient assurer ce service. Le Président a écrit à ce sujet à l'Inspecteur d'Académie qui lui a répondu qu'il n'avait pas mission d'entrer en pourparlers avec lui à cet effet ni pouvoir trancher la question. Il en a saisi le Conseil de l'Union qui a mis cette question à l'étude et a chargé le Dr Louis Gourichon, de Paris, d'un rapport. Les syndiqués sont invités à envoyer toutes leurs observations au Président qui les centralisera et les communiquera au rapporteur de l'Union. En tous cas, et en attendant de savoir ce que l'on demande, aucun de nous ne doit faire de propositions, ni accepter aucune offre avant d'en avoir

référé au Bureau et nous devrons calculer nos honoraires d'après le tarif ouvrier, suivant le travail qui nous sera réclamé, suivant la distance kilométrique, le nombre des élèves, le nombre des visites, la confection ou non de fiches sanitaires individuelles, etc.

Réorganisation de notre système syndical. — D'une discussion approfondie à ce sujet, il résulte que l'Assemblée est d'avis que :

1° Tout Syndicat de médecins français soit affilié à l'Union des Syndicats médicaux de France, siégeant à Paris, qui a déjà donné tant de preuves de vitalité et rendu tant de services au corps médical, en particulier dans l'établissement du tarif accidents du travail.

2° Le Conseil de l'Union doit être composé de confrères pouvant assister régulièrement aux réunions, souvent improvisées à la hâte pour agir promptement près de qui de droit, dans toutes les questions d'ordre général qui surgissent à chaque instant et demandent une action rapide.

3° Les groupements syndicaux doivent être, en principe, départementaux. Toutefois, d'autres groupements peuvent exister, nécessités par la densité de la population et le grand nombre de médecins de certaines localités ou régions, ou même pour d'autres raisons ; mais ces groupements doivent toujours être assez nombreux pour représenter une force suffisante capable d'agir près de la Préfecture et des Conseils généraux du département dont ils dépendent, et se faire entendre d'eux, ce à quoi ne peuvent parvenir des groupements isolés et peu nombreux.

4° Tant qu'aux Fédérations régionales des Syndicats médicaux, elles peuvent être utiles ailleurs, mais dans notre contrée de l'Ouest elles semblent inutiles, si les Syndicats médicaux sont groupés par département, étant ainsi suffisants par le nombre pour débattre directement les questions avec la Préfecture et le Conseil général. Un projet de Fédération, tenté entre les Syndicats des Deux-Sèvres, de la Vienne et de la Vendée a échoué, il n'offrait guère d'avantages aux intéressés dont les us et coutumes ne sont pas identiques et n'entraînait pour les syndiqués qu'un surcroît de dépenses par suite d'une cotisation nouvelle à créer et à payer pour l'affiliation à cette Fédération.

Mais il est bien entendu que chaque Syndicat département doit, de l'avis unanime de l'Assemblée, être affilié à l'Union, dont les statuts certes ne sont pas immuables et peuvent être modifiés s'il plaît aux adhérents ; il faut se contenter de ce qui existe, l'améliorer si possible, mais ne pas abandonner pour l'inconnu une organisation qui a fait ses preuves et est plus florissante que jamais. Nous voyons d'ailleurs, ces jours-ci, des représentants de Fédérations non affiliées s'adresser et se joindre aux membres de l'Union ; cela est une preuve indéniable de son influence, reconnue même par ceux qui n'en font pas partie.

De la désinfection. — Les mesures de désinfection sont maintenant obligatoires, mais ne sont appliquées ni dans les villes, ni dans les campagnes du département.

L'Assemblée est d'avis que, en cas de maladie épidémique ou contagieuse, chaque médecin assure, dès maintenant, dans sa clientèle, la désinfection des locaux contaminés et délivre, si besoins les certificats constatant qu'elle a eu lieu sous sa surveillance. Bien des moyens sont actuellement à notre disposition : c'est à nous de choisir le plus simple et le plus pratique et le moins dispendieux. Le Président appelle l'attention de ses confrères sur l'emploi du Fumigator (4 rue Tarbé, Paris) qui a fait ses preuves, est d'un emploi facile et d'un maniement à la portée de tout le monde : il dispensera le Corps médical d'avoir recours à la désinfection officielle.

Sociétés de Secours mutuels. — Le Dr Corbin demande quels résultats ont suivi l'entente des délégués du Syndicat et des délégués de l'Union départementale des Sociétés de secours mutuels.

A part les nouvelles Sociétés qui se sont fondées, comme à Cerizay et à Chiché, où d'emblée le tarif à la visite a, sur les conseils du Président, a été accepté, à part les villes de Parthenay et de Thouars ou des améliorations importantes ont été obtenues il est à constater que, dans la plupart des centres où résident des médecins, aucune modification n'a été apportée à l'état antérieur par suite de l'inertie des membres du Corps médical.

L'ordre du jour étant épuisé et personne ne demandant plus la parole, le Président remercie ses confrères de leur assiduité aux réunions ; il les félicite de l'attention avec laquelle ils suivent les discussions, du concours que chacun apporte, et de la discipline qui règne dans ces réunions ce qui permet d'arriver à la fin de l'ordre du jour avant l'heure du départ des trains et de procéder au vote des vœux avec l'Assemblée entière, et leur donne rendez-vous au printemps prochain en souhaitant que nous soyons encore plus nombreux

Le Président, Dr J. Charier. *Le Secrétaire de la Séance,* Dr Lamy.

Syndicat du Cher.

Séance du 29 octobre.

Bureau : Dr Ladevèze, président ; secrétaire, Dr Deroin ; trésorier, Dr Janvier.

Reconnus parmi les membres présents : Ds Besson, Imbert, Témoin, père et fils, Bouzitat, Jankelewitch, Mirabail, Gary, Hyvert, Debrade, Durand, Laprade, Hervier, de Bellanoy, Pravaz, Jossand, Barré, Chauvain, Deschamps, Lefèvre, Bonnemaison, etc.

La réunion d'automne du Syndicat médical du Cher a eu lieu à la mairie de Bourges, le 29 octobre. Une cinquantaine de membres assistaient à la séance, vingt-cinq confrères également syndiqués, s'étaient excusés ; quelques-uns avaient envoyé leur avis, par écrit ou par procuration, sur les questions mises à l'ordre du jour.

Avant l'ouverture de la séance le Dr Témoin père a été nommé président de la Société locale, en remplacement du Dr Courrèges, décédé.

La séance du syndicat était présidée par le Dr Ladevèze, récemment élu. Il nous plaît de noter l'entente et la discipline parfaite de cette assemblée : nulle réunion médicale ne saurait être, à ce point de vue, plus édifiante.

On a voté la suppression du tarif à l'abonnement, pour l'assistance médicale gratuite. Le très dévoué secrétaire, Dr Deroin, a résumé, en quelques mots, tous les documents que comportait la bonne étude de la question. Mais si le tarif à l'abonnement a quelques inconvénients, les confrères du Cher, tout acquis à la « liberté de confiance », ont bien voulu insister sur la néces-

sité de soustraire les médecins dans le tarif à la visite, à l'influence politique. Dans ce but, on a nommé une commission qui devra donner le résultat de ses travaux à la séance de printemps et avant la réunion d'avril du Conseil général.

L'examen de l'application du nouveau tarif de 1905 avec visite à 3 fr., etc, etc. a donné toute satisfaction au syndicat. Ce tarif est appliqué à peu près partout. Quelques médecins exerçant à la limite du département, ont hésité à demander 3 fr. à des malades que leurs confrères des départements limitrophes ne taxaient que 2 fr. Le secrétaire a mission de s'entendre à ce sujet avec les syndicats médicaux voisins.

Le Certificat d'études supérieures a eu, comme ailleurs, le plein succès d'impopularité qu'il mérite.

Et, c'est à l'unanimité, qu'on propose de le « classer » sous la plus épaisse poussière de l'administration.

CHRONIQUE DU "SOU MÉDICAL"

La responsabilité d'honoraires dans le concubinage.

Mon cher confrère,

Il me serait agréable de voir répondre dans un prochain numéro du *Concours* sous les initiales P. à G., à la question suivante :

« L'homme vivant en concubinage avec une femme dont il a eu un enfant qu'il a reconnu doit-il régler les soins médicaux donnés à sa concubine ? Dans le cas présent il s'agit de fausse couche et de métrite consécutive.

Réponse du conseil judiciaire.

Mon cher docteur,

La question qui est posée par le Dr P........ est très simple, juridiquement parlant.

En principe, le concubinage ne produit pas, en faveur des tiers, les effets de communauté légale. En ce qui concerne les fournitures faites à une femme vivant en concubinage, il a été jugé que les créanciers n'en pouvaient réclamer le prix à celui avec lequel vivait leur cliente. (Trib. civ. Lyon, 28 octobre 1898, *Mon. jud. de Lyon*, 19 décembre 1898. Cour de Lyon, 14 décembre 1898. *Mon. jud. de Lyon*, 25 mars 1899.)

La situation est la même vis-à-vis du médecin. Mais l'obligation de lui payer ses honoraires peut être contractée tacitement par le concubin, s'il l'a fait appeler à donner des soins à une personne à la guérison de laquelle il a un intérêt. Si les soins ont été donnés à son propre domicile, c'est une circonstance de plus qui vient établir l'obligation tacite.

En un mot, il y a là matière à application des principes généraux relatifs à l'obligation de l'intermédiaire, tels qu'ils ont été proclamés dans l'arrêt de cassation si souvent cité du 4 décembre 1872 (Sirey, 1872. 10) et dans les jugements postérieurs qui en ont fait l'application.

J'ajoute que la preuve de l'obligation contractée tacitement envers le médecin par l'homme qui a fait appel à son art peut être fournie par témoins ou par présomptions, même si la créance est supérieure à 150 fr. (Cour de Paris (2e ch.) 15 mars 1905 : Bordeaux 14 février 1900. Voir *Concours Médical* 22 avril 1905, p. 253, n° 16.)

Votre bien dévoué

Georges GATINEAU,
avocat à la Cour,
Conseil du « Sou Médical ».

La responsabilité d'honoraires en cas de séparation.

Monsieur le directeur et très honoré confrère.

Permettez-moi de vous soumettre le cas suivant :

Père et mère séparés de corps et de biens, mais non divorcés. Père propriétaire aisé : mère indigente. Une fillette de 8 ans, dont la garde a été laissée à la mère qui reçoit du père, par jugement, une pension de 20 francs par mois.

La fillette tombe malade d'une affection aiguë chez sa mère et sa maladie nécessite des soins médicaux et pharmaceutiques. Qui doit payer ? La mère ? Elle ne peut pas : elle est indigente. Le père est-il responsable de ces frais ? Il me semble que oui, malgré la pension versée par lui et qui ne doit pas comprendre les frais extraordinaires de la maladie. Il ne me paraitrait pas admissible, par exemple, que cette enfant, fille d'un propriétaire aisé, puisse être inscrite sur la liste de l'A. M. G. par le seul fait que sa mère est indigente.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis et — si vous le jugez nécessaire — de prier notre éminent conseil de nous apporter le concours de sa science juridique incontestable. De pareils cas doivent se retrouver assez fréquemment. J'ai fouillé inutilement la collection des sept dernières années du *Concours* que je possède. Si vous le croyez bon, vous pourriez insérer dans le *Concours* les conclusions de Me Gatineau.

Veuillez agréer, etc...

Dr JOUVE-BALMELLE.

Réponse du conseil judiciaire.

Mon cher docteur,

Bien qu'une pension soit payée par un époux séparé de corps de sa femme, à laquelle la garde de l'enfant commun a été confiée, je suis d'avis que le médecin a une action solidaire contre le père et la mère de ce dernier, surtout en cas d'insolvabilité de la mère gardienne.

En admettant que la pension allouée ait correspondu pour partie à la contribution due par le père à l'entretien de l'enfant, cette pension n'a pas été fixée en considération de dépenses imprévues que l'état de santé de l'enfant pourrait nécessiter ultérieurement.

La séparation de corps ou le divorce ne modifient rien aux obligations d'éducation et d'entretien inscrites dans l'art. 203 du Code Civil et qui pèsent en même temps et pour le tout sur chacun des époux (Cass., 21 mai 1890; Sirey 1891.1.81 ; Cass. 6 aout 1894. Sirey 94. 1. 416 : — Paris 3 juin 1842, Dal. 42. 2. 217.)

Les frais d'une maladie rentrent dans les aliments (Paris 14 août 1866, Tribunal civ. de la Seine 6 juin 1890. *Le Droit*, 7 septembre 1890 ; Dalloz. *Jur. Gén.* Mariage, n° 672.)

Par suite, le tiers qui a acquitté, pour le compte des parents, une partie de l'obligation alimentaire qui leur incombe, a une action de gestion d'affaires pour leur réclamer conjointement et solidairement le montant de ce qui lui est dû de ce chef (Cour d'Aix 2 juin 1904. *Gaz. des Trib.* 9 juin 1904 : Trib. civ. de la Seine, 6 juin 1890, précité.)

En cas d'obligation solidaire, le créancier peut n'exercer son action que contre l'un des débiteurs sans avoir à discuter préalablement le co-débiteur solidaire.

Votre bien dévoué

Georges GATINEAU,
Avocat à la Cour,
Conseil du « Sou Médical ».

Une proposition d'assemblée générale.

Création d'un « Office Central » pour la protection de la santé publique contre l'exercice illégal de la Médecine ».

ARTICLE PREMIER.

En conformité du vœu exprimé par le Congrès,

il est créé, à Paris, un « Office Central pour la répression de l'exercice illégal de la Médecine. »

ARTICLE II.

Cet Office aura son siège social à Paris (au domicile du Secrétaire général) et sera l'organe officiel, pour les cas d'exercice illégal, des différents groupements ou associations professionnels qui adhéreront aux présentes conventions.

L'Office fournira aux Syndicats médicaux et aux associations ou aux groupements professionnels de province tous les renseignements qu'il possédera, et les indications utiles pour les faits qui lui seront soumis.

Il entrera en rapport avec les confrères chargés tout particulièrement, par leurs Syndicats, des questions d'exercice illégal afin de coordonner ou de grouper les efforts.

ARTICLE III.

L'Office fonctionnera à l'aide de crédits annuels votés par les sociétés adhérentes et proportionnellement à leur importance et au nombre de leurs membres.

ARTICLE IV.

La Commission nommée par le Congrès se réunira trois ou quatre fois par an, et même davantage, si cela devient nécessaire, afin d'être tenue au courant de tout ce qui a trait à l'exercice illégal de la médecine.

Le Secrétaire général, qui aura sous sa surveillance le ou les employés de l'Office, aura, pour le suppléer ou le seconder, deux censeurs ou administrateurs, nommés par la Commission. Ils constitueront, avec le Président et le Trésorier, une sorte de conseil permanent chargé de prendre les décisions d'urgence. Ces décisions seront soumises à l'approbation de la Commission dans ses réunions trimestrielles.

Le Trésorier paiera les dépenses, après approbation du Président et du Secrétaire général. Chaque année, il rendra compte, en ce qui le concerne, de l'état de la caisse.

ARTICLE V.

Chaque année, un rapport des travaux de l'Office, présenté par le Secrétaire général, sera soumis à l'approbation de la Commission et des diverses sociétés adhérentes à l'œuvre.

ARTICLE VI.

Tous les ouvrages ou les thèses qui paraîtront, ou qui ont paru, concernant l'exercice illégal, seront réunis par les soins de l'Office, et constitueront le fond d'une bibliothèque concernant l'exercice illégal.

De plus, une collection des arrêts concernant l'exercice illégal, déjà commencée par le Dr Duchesne, sera continuée et le classement de ces jugements établi de façon à pouvoir être consulté utilement.

Les groupements adhérents seront priés de ne pas négliger de communiquer à l'Office les jugements rendus en faveur de leurs membres.

ARTICLE VII.

Tous les groupements professionnels adhérents à l'œuvre enverront à l'Office, pour leur donner la suite qu'elles comportent, toutes les affaires d'exercice illégal qui leur parviendront.

En opérant de cette façon, on ne risquera pas d'étudier la même question à deux endroits différents et les solutions concernant chaque cas particulier se trouveront de la sorte plus aisément préparées.

ARTICLE VIII.

Les conseils judiciaires des divers groupements adhérents seront priés de conserver leur appui à l'Office. Il sera fait, suivant les cas et l'origine des affaires, appel à leurs différents concours.

L'Office continuera à classer les renseignements et les dossiers des charlatans ou les illégaux de tous ordres, de manière à pouvoir toujours fournir une indication précise aux Présidents et aux Secrétaires Généraux des sociétés sollicitant un renseignement.

Questions à étudier.

Dans le but de ne pas risquer de vains efforts, il paraît nécessaire de s'attacher à la réalisation de quelques questions paraissant d'actualité.

L'une de ces questions paraît être l'enregistrement des diplômes et des formalités qui devraient être exigées au moment de cet enregistrement.

Secondement, celle du contrôle possible des soutenances de thèses et de communications des listes des Docteurs en médecine qui pourraient être sollicitées de MM. les Doyens des Facultés par les Présidents des groupements professionnels ou syndicats médicaux.

Troisièmement, des démarches à faire auprès des Ministres compétents pour faciliter ce contrôle et ces recherches.

Quatrièmement, de l'étude des moyens en vue d'arriver à la création d'un *Annuaire Officiel* du Corps Médical français, en nous associant, si possible, avec les professions visées par la Loi de 1892 (dentistes et sages-femmes).

Enfin, des voies et moyens à employer pour le contrôle de l'authenticité des ordonnances.

Les questions qui sembleraient de nature à intéresser les Syndicats locaux seront mises à l'étude dans le plus bref délai et aussitôt que l'Office en sera sollicité.

Dr LEVASSORT,
Secrétaire général du Congrès d'exercice illégal.

CORRESPONDANCE

Le tarif d'expertise dans les accidents du travail.

Albertville, 4 novembre 1906.

Au docteur de Grissac,

Mon cher Confrère,

A propos de votre chronique du « Sou médical » du 30 septembre : « Salaire des experts à l'occasion de l'application de la loi sur les accidents du travail », voici où nous en sommes ici, ou plutôt à Moutiers, chef-lieu d'arrondissement, distant de 27 kilomètres.

Je suis appelé à Moutiers comme expert dans une affaire d'accident de travail. C'est le blessé qui réclame le règlement d'une indemnité pour incapacité permanente. Le président du tribunal n'accepte pas d'autre tarif que 3 francs par vacation. Et comme cela ne suffit pas, je reçois cette nouvelle note : « Prière de rectifier le mémoire conformément aux instructions de M. le Procureur général qui estime qu'on ne peut réclamer pour le transport d'Albertville à Moutiers que 0 fr. 20 par kilomètre.

Autant de magistrats, autant d'opinions.

Bien cordialement à vous.

ARMAND.

Sous le joug des S. S. M. maladie.

Monsieur le Directeur,

Voici ce qui se passe à J..., chef-lieu du canton de Basse-Bretagne. Dans cette ville, une Société de Secours Mutuels fait la loi aux quatre médecins de la localité : visite de jour, visite de nuit, injection hypodermique, amputation, laparotomie, etc., etc.. l'unité 0 fr. 75, *quinze sous*, le chiffre cher à M. Mesureur.

Et il y a vingt ans que cela dure.

Bien mieux, le vice-président de la S. S. M.. un médecin, est en même temps vice-président du Syndicat Médical de P., sous-préfecture voisine ; ce syndicat a surtout pour but le relèvement des tarifs!!! (article 1 des statuts).

Nouveau venu dans le pays, depuis octobre 1905, j'ai refusé énergiquement, malgré les conseils de mes confrères !!! de faire partie de cette S. S. M. Il me semble que ce serait en quelque sorte manquer de dignité ; je veux bien soigner gratis le malheureux qui n'a pas un radis, mais non un membre d'une Société qui trouverait de quoi payer, *si on le lui demandait carrément*. C'est très beau le groupement social, mais encore faut-il que nul n'en souffre.

Mes confrères qui me sermonnent, fort amicalement d'ailleurs, me disent : « Vous avez raison, on se moque de nous, c'est bien vrai ; mais réclamer une augmentation ? Jamais nous ne ferons pareille chose : la Société est pauvre, son budget obéré, etc., etc., il faut attendre..... plus tard..... »

Chéris ! et en attendant, la nuit, on court les venelles au risque de se casser la figure ou d'attraper une pleurésie, le tout en bloc ou par parcelles, pour 0 fr. 75.

Depuis un an et plus la question en est là.

Dernièrement un des trois amis tardigrades de J. me disait : « Je me suis levé six fois en janvier entre minuit et deux heures du matin pour 0 fr. 75. c'est dégoûtant ! »

Eh oui, c'est dégoûtant, mais à qui la faute ? Ils ont tous les trois la frousse, ces braves médecins à quinze sous — de qui ? de quoi ? On ne sait pas. Et notez bien, qu'au fond, ils m'approuvent, mais pourquoi diable ne marchent-ils pas hardiment à l'assaut ? Pourquoi ? Ah, c'est que, si je marche, D. ne marchera pas, ou P. nous lâchera peut-être (1).

Sacrés froussards, va !

Ce sont là les médecins arriérés qui ruinent le prestige médical ; les premiers ils en souffriront, c'est fatal. Vous pensez quel grand cas le sociétaire fait d'un bonhomme de médecin, quand pour 0 fr. 75 il peut le faire lever dans la nuit en toute hâte pour lui montrer sa langue ou son nombril.

Sans conclusion ni commentaire, n'est-ce pas ? Mais surtout sans esprit d'hostilité, à l'égard de mes confrères.

Aussi vous pouvez publier et envoyer dans ma région.

D^r F.

Réponse. — Nous déférons au désir du Dr F.; s'il veut prendre la peine de *préparer par écrit* pour ses confrères et pour la S. S. M., un projet de relèvement progressif qui tienne suffisamment compte des ressources et obligations de la Société, il est presque certain que ses trois amis... marcheront. Mais il ne faut discuter que sur des textes et des chiffres pesés et calculés. Dr F., prenez cette petite initiative et vous verrez que tout le monde vous suivra, puisque tout le monde maudit la situation actuelle.

Pour le certificat supérieur.

Mirebeau-en-Poitou, le 7 novembre 1906.

Monsieur le Directeur,

Comme *simple praticien de* CAMPAGNE, je me permets de protester EN FAVEUR du certificat médical qui vient d'être institué.

Pourquoi voulez-vous barrer la route aux praticiens désireux de travailler et de faire partie, grâce à leur travail acharné, du Corps enseignant ? Il me semble que c'est une injustice et que c'est favoriser la *féodalité existante*.

Le certificat d'études médicales supérieures sera le Saint-Maixent de ceux qui ont échoué à l'Internat, premier pas vers l'agrégation et vers le professorat.

Je renouvelle ma protestation et je juge qu'il serait regrettable de voir la masse des praticiens devenir le lien et le soutien de la *féodalité existante*.

Veuillez agréer, etc.

Dr Gaston ORLOWSKI.

P. S. — Je recommande ma lettre pour être certain que vous la recevrez et que vous voudrez bien enregistrer mon avis.

Réponse. — Nous l'eussions enregistré, cher confrère, même sans la lettre recommandée. Nous enregistrerons aussi l'opinion de ceux que vos arguments auraient convaincus. C'est une liste à ouvrir où, jusqu'à présent, votre nom figure seul.

(1) N. D. L. R. — Eh bien non, P. ne lâchera pas ; c'est un de nos lecteurs, il doit être prêt à secouer le joug, et vous voilà deux pour entraîner les deux autres.

BIBLIOGRAPHIE

L'Hygiène des maladies de la femme, par A. SIREDEY, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, 1 vol. in-16, de la *Bibliothèque d'Hygiène thérapeutique*, cartonné toile, tranches rouges (MASSON ET Cie, Editeurs, 4 fr.)

Comme les autres ouvrages publiés dans la collection d'Hygiène Thérapeutique, fondée par le regretté professeur Proust, ce livre s'adresse surtout aux médecins, mais il est à la portée de toutes les personnes dont l'esprit large et cultivé prend quelque souci de ce qui intéresse la santé.

C'est un véritable traité élémentaire de *gynécologie médicale* dans lequel on trouvera un exposé assez complet des diverses affections génitales de la femme et des moyens de les combattre. L'auteur démontre que les maladies de la femme sont en grande partie évitables ; les unes relèvent de dystrophies en rapport avec des troubles de la santé générale, les autres, plus fréquentes et plus nombreuses, ont une origine microbienne : elles sont dues à des microbes pathogènes venus du dehors, qui pénètrent dans les premières voies génitales et envahissent peu à peu les organes profonds. Dans un cas comme dans l'autre on peut les prévenir par une application régulière des lois de l'hygiène.

L'éducation hygiénique de l'enfant, une surveillance attentive des divers appareils de l'économie dans toutes les phases de leur développement, et pricipalement à l'époque de la puberté, favoriseront leur évolution régulière et assureront leur fonctionnement normal.

La défense des organes contre les microbes pathogènes relève exclusivement de *l'hygiène locale*. A tout âge, des précautions minutieuses contre les contagions de tout genre, des soins quotidiens de propreté, une asepsie rigoureuse lors des accouchements, permettront d'éviter la plupart des accidents qui compromettent si souvent la santé des femmes.

C'est encore l'hygiène qui, au cours des diverses affections génitales ou à la suite des opérations, mettra les malades à l'abri des complications. Telles sont les idées fondamentales de ce livre ; l'auteur les a exposées d'une façon simple, claire, qui en rendra la lecture facile à tous.

La régénération des familles et races tarées. *Prophylaxie et hygiène thérapeutique de l'Hérédité morbide*, par le Docteur E. CONTET. (VIGOT frères, éditeurs, 23, Place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un volume in-16. 2,50).

Si au lieu de comparer avec un esprit prévenu ce qui se passe chez un petit nombre de sujets appartenant à des générations voisines, on étudie impartialement la marche à travers les siècles de groupements considérables d'individus, il apparaît avec une réelle netteté, qu'un sérieux correctif doit être

apporté à la manière habituelle trop simpliste de concevoir la notion de dégénérescence. A côté de l'évolution défavorable, il faut en effet compter sur l'accoutumance progressivement accrue et perfection née à réagir aux causes nocives et à suffire amplement aux besoins spéciaux que comporte respectivement chaque époque.

Dans ces conditions, il ne saurait paraître chimérique, comme c'était le cas avec les conceptions vulgaires, de chercher à intervenir pour empêcher le retentissement des troubles de la santé d'un individu sur ses descendants, et assurer d'une manière générale la régénération des familles et races tarées. Etablir ces différents points et en tirer les déductions pratiques utiles, tel est l'objet de ce travail. Le Dr Contet a divisé son livre en deux parties à peu près égales : dans la première, il établit la valeur de la notion de régénération, c'est-à-dire la légitimité, la base et les conditions générales de la prophylaxie et de l'hygiène thérapeutique des troubles morbides résultant pour un individu des maladies de ses générateurs et, dans la deuxième, quels sont les moyens qui permettent, selon lui, de parvenir à ce but avec le plus de chance de succès.

REPORTAGE MÉDICAL

Association générale des médecins de France. — Une assemblée générale de toutes les Sociétés unies à l'Association générale des médecins de France se tiendra le dimanche 16 décembre prochain, à l'effet d'élire un président général en remplacement de M. Brouardel, décédé le 23 juillet dernier.

M. le docteur Lereboullet, membre de l'Académie de médecine, membre de l'Association depuis 1876, membre du Conseil général depuis 1889 et secrétaire général de l'Association depuis 1892, a accepté la candidature qui lui a été offerte par un vote unanime des membres du Conseil général de l'Association.

Les directeurs des bureaux d'hygiène. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène de la ville de Chambéry (Savoie) est déclarée ouverte dans les conditions résultant de l'arrêté du maire en date du 17 octobre 1906. Le traitement alloué est fixé à 4.500 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours expirant *le 29 novembre 1906* pour adresser au ministre de l'intérieur leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

(*Journal Officiel*)

Faculté et hôpitaux.

— M. le Prof. Thoinot, commencera son cours de médecine légale le lundi 12 novembre 1906 à 4 h. de l'après-midi, au grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les vendredis et lundis suivants.

M. Thoinot dirigera une fois par semaine des conférences pratiques qui porteront sur toutes les questions médico-légales, expertises criminelles, accidents du travail, etc., qui auront lieu à l'hôpital St-Antoine le vendredi à 9 h du matin à partir du vendredi 16 novembre 1906.

— Le cours pratique de médecine légale commencera à la Morgue le mercredi 14 novembre à 2 h., il se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure ; il sera fait le mercredi par M. Thoinot, le vendredi par M. Descouts chef du laboratoire de médecine légale, le lundi par M. Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique de médecine légale.

— M. Ernest Dupré, agrégé, médecin-chef adjoint de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, commencera ses conférences de médecine légale le samedi 24 novembre 1906, à 3 h. et les continuera les samedis suivants à la même heure, 3, Quai de l'Horloge, à l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

Seront seuls admis à suivre les cours de médecine légale pratique, ainsi que les conférences, les docteurs en médecine et les étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat sur présentation d'une carte spéciale et après inscription au secrétariat de la Faculté.

— M. le Prof. Joffroy commencera son cours de clinique des maladies mentales le samedi 17 novembre à 10 h., à l'amphithéâtre de clinique de l'Asile Sainte-Anne ; il le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure.

MM. Dupré et Dupouy, chefs de clinique des maladies mentales, commenceront des conférences sur les maladies mentales le mardi 6 novembre 1906, à 9 h. 1/4, à l'amphithéâtre de clinique de l'asile Sainte-Anne et les continueront les jeudis, samedis et mardis suivants.

Le mardi 13 novembre, à 9 h. 1/4, ils commenceront des exercices d'examen de malades et de rédaction d'observations de rapports médico-légaux.

Seront seuls admis à suivre les cours de psychiatrie les docteurs en médecine et les étudiants ayant subi le 4e examen de doctorat, sur la présentation d'une carte délivrée au Secrétariat de la Faculté, guichet n° 2

— M. le Prof Reclus commencera, le lundi 19 novembre 1906, à 9 h. 1/2, son cours de clinique chirurgicale et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Une série de leçons sera faite sur les expertises et les accidents du travail.

— M. Macaigne, agrégé, commencera des conférences d'hygiène le 9 novembre 1906, à 3 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les lundis mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. Broca, agrégé, commencera des conférences de physique médicale, le lundi 12 novembre 1906, à 5 h., à l'amphithéâtre de physique et de chimie et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. Desgrez, agrégé, commencera des cours de chimie biologique le jeudi 8 novembre, à 4 h., à l'amphithéâtre de physique et de chimie, et les continuera les samedis mardis et jeudis suivants.

— M. le Prof. Brissaud commencera son cours de pathologie interne le samedi 10 novembre, à 6 h., au grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mardis jeudis et samedis.

Hôpital Saint-Antoine. — *Enseignement pratique des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx.* — Sous la direction du Dr Lermoyez, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique, les Drs Paul Laurens et Hautant, assistants, commenceront, le lundi 3 décembre 1906, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques. Ce cours aura lieu tous les jours à 8 h. 1/2 du matin. Il sera complet en 30 leçons. Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance, dans le service, auprès du Dr Paul Laurens.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodique médicales.

Vingt-huitième année N° 47 25 NOVEMBRE 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

SOUSCRIPTION MIGNEN

4e ET DERNIÈRE LISTE.

MM. les Docteurs :

Urpar, d'Arles	5	»
Un médecin syndiqué	2	»
Fillon, de la Roche-sur-Yon	3	»
Joubert, Le Gué-de-Velluire	5	»
Coquaud, de la Vendée	2	»
Barré, —	2	»
Daroux, —	2	»
Joffrion, —	5	»
Gueriteau, —	2	»
Pillaud, —	2	»
Dorée, —	3	»
Schermaunn, —	2	»
Guéry, —	2	»
Hébert, —	2	»
Gaucher, —	5	»
Pelletier (B.), —	1	»
Rambaud, —	3	»
Choyau (L.), —	5	»
Maugard, —	5	»
Champion, —	2	»
Neveu-Derotrie, —	2	»
Stopin, —	1	»
Gaudin, —	5	»
Godet, —	5	»
Genestet, —	10	»
Marciteau, —	2	»
Gourmand, —	1	»
Pépin, —	5	»
Billaud, —	5	»
A reporter	96	»

Report	96	»
MM. les docteurs :		
Filaudeau, de la Vendée	2	»
Pacaud, —	5	»
Burgaud, —	5	»
Ricouleau, —	5	»
Cacault, des Essarts	5	»
Camescasse, de St-Arnoult	5	»
Panetvin, de Fresnoy-le-Grand.	3	»
J. de Fourmestreaux, de Paris.	2	»
Eltchaninoff, de Paris	2	»
Fayard, du Péage-de-Roussillon.	2	»
Boudin, d'Oyonnax	2	»
Ballivet, de Gex	5	»
Armirail, de Courbevoie	2	»
Houdart, de Brest	5	»
Coze, d'Aix-les-Bains	2	»
Bailly-Salin, de Sens	2	»
Monin, de Paris	5	»
Brecholeau, de Coëx	5	»
Mathivet, de Lingiville	1	»
Neveu, d'Aizenay	2	»
Bolinet, de Chapelle-aux-Lys	5	»
Choyau, de La Roche-sur-Yon	2	»
Abelanet, de La Croix-de-Vie	1	»
Rignier-Manil, de Neufchatel-sur-Aisne	1	»
Houillier, de Tiffauges	2	»
Botureau, des Herbiers	3	»
Total	177	»
Report de la 3e liste	347	50
Total général	524	50

AVIS. — *La souscription est close, et M. le docteur Mignen nous prie d'adresser ses plus vifs remerciments aux confrères qu'ont bien voulu s'y associer.*

ÉCHO DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Trois journées bien remplies. Un peu de fatigue peut-être, mais si parfaitement compensée par la satisfaction des bonnes besognes faites, que nul autre souvenir ne persiste que le charme du travail en commun dans une atmosphère de cordiale confraternité.

Ce fut dès le samedi matin qu'on se mit à l'œuvre par la constitution du Bureau provisoire et de la Commission permanente du Comité préparateur de l'*Assemblée Nationale Médicale*, et, la nuit suivante, on échangeait les premières vues sur l'ordre du jour, le mode d'élection des dégués, les dépenses à prévoir, les concours à rechercher : cela marche.

L'après-midi, on épuisait le programme prévu pour la séance de l'Union des Syndicats, malgré un peu trop de temps perdu à dissiper un petit malentendu entre l'Union et les Fédérations régionales encore non adhérentes, et à la définition du mandat renouvelé aux délégués de la Commission du tarif accidents du travail.

Dès neuf heures du matin, le dimanche, nous prenions possession des salons Marguery, entendant les excellentes suggestions des *Correspondants* du Concours, puis votant à l'unanimité des membres d'une Assemblée générale extraordinaire les nouveaux statuts du *Patronage médical.*

L'Assemblée commune du *Concours* et du *Sou* prit l'après-midi tout entier.

Très préparée, parce que très chargée suivant l'usage, elle fut, comme toujours, la plus riche en intéressantes décisions, approuvant rapidement les résolutions de l'Union, du Comité du Congrès ; y ajoutant celles relatives à notre attitude vis-à-vis des collectivités ; (Drs Diverneresse, Vimont, Jeanne) ; passant la revue de nos succès en jurisprudence (Me Gatineau) ; rappelant nos désirs d'entente avec les pharmaciens et en précisant les bases possibles (Dr Gassot) ; fixant ce que nous avons à faire dans la question des tarifs d'expertise pour accidents du travail (Drs de Grissac, Lande, Maurat), dans celle des médecins assermentés (Dr de Grissac), devant la menace du secret professionnel violé peut-être par l'impôt sur le revenu (Dr Dupont, de Villiers St.-Georges, et Dr Cézilly) ; adhérant à la création d'un *Office permanent de répression de l'exercice illégal* (Dr Levassort) ; créant les *pupilles du Sou Médical* dans les Facultés et Ecoles de médecine (Dr de Grissac), etc...

Il ne fallut pas moins que le menu plantureux et choisi du Banquet et les prodiges d'éloquence habile et persuasive de nos invités : M. le Sénateur Strauss et M. Paulet, directeur de la Prévoyance sociale, pour réparer nos forces et épanouir les cœurs. Les toasts émus de Gassot, de Gairal, et surtout de Mignen, rappelant les luttes passées et les espérances du moment présent, mirent le comble aux douces expansions fraternelles qui terminèrent la fête des syndicats médicaux... à une heure plutôt avancée.

Mais tout n'était pas fini.

Le lundi matin on se retrouvait pour l'Assemblée de l'*Amicale-maladie* qui, s'appuyant sur son récent inventaire, chargeait nos *correspondants* d'aller dire partout que l'œuvre désormais sur un roc inébranlable ne laissait aucun prétexte aux prévoyants encore hésitants.

Et, dans la journée encore, les représentants du Concours, de l'Association Générale, des Caisses de prévoyance, de l'Union des Syndicats, restaient en conciliabule devant les derniers correspondants attardés, avec des airs de chercheurs qui préparent quelque chose....

Leur mine satisfaite n'a trompé personne, nous sommes autorisés à l'avouer.

Il y a anguille sous roche pour la protection des familles médicales......

Mais vous ne saurez rien de plus, aujourd'hui, Mesdames les filles d'Eve qui partagez nos existences agitées et lisez parfois le journal avant vos maris.

Sur ce point, la suite à quelque prochain numéro.

LA SEMAINE MÉDICALE

Procédés de simulation.

M. le Dr Stoltz, de Montpellier, nous signale comme pouvant être ajoutés à la liste donnée par le Dr Cadiot, d'Angers, des procédés de simulation employés par les jeunes recrues au régiment ou par les individus qui ont intérêt à se faire porter malades, les quelques « trucs » suivants imaginés par ces simulateurs :

1° Pour simuler les oreillons, il suffit de souffler avec force, dans un arrosoir, ou dans tout autre récipient vide, dont on a obturé le large orifice, jusqu'à y comprimer le plus fort volume d'air possible ; ce résultat obtenu, les joues du souffleur sont distendues à l'extrême, un camarade obligeant lui tapote alors la joue à « infecter » au niveau approximatif de l'orifice du canal de Sténon ; ces coups assez violents, fréquemment répétés, congestionnent la région et la glande se gonfle d'air comme un ballon d'enfant, cette fausse parotidite dure quelques heures et on peut l'obtenir en un quart d'heure. Un signe la distingue des vrais oreillons : la palpation révèle une crépitation gazeuse tout à fait caractéristique. Ainsi nombre de faux ourliens sont entrés à l'hôpital grâce à ce suberfuge, beaucoup y ont d'ailleurs contracté les vrais oreillons dans leur pavillon d'isolement !!!

2° Une injection dans l'urèthre d'un mélange de pippermint et de sirop d'orgeat simule la blennorrhagie ; il en est de même d'une injection de nitrate d'argent.

3° Fumer un mélange de paille et de tabac huilé et avaler la fumée avec une gorgée d'eau de Seltz donne le tableau du péritonisme.

Rayons X et tuberculoses ganglionnaire, articulaire et osseuse.

On fait, en ce moment de nombreuses tentatives de traitement des tuberculoses osseuses, articulaires et ganglionnaires par la radiothérapie. M. le Dr C. Roederer a consacré sa thèse à l'étude de ces essais. Ses conclusions sont les suivantes :

Par l'application des rayons X, on obtient la régression, mais rarement la disparition des adénopathies chroniques, enveloppées d'une gangue de périadénite ; de plus, ces rayons ont une action caséifiante sur les adénopathies aiguës ou ayant une tendance au ramollissement.

Sous l'influence des rayons X, les adénites suppurées ouvertes, après une phase d'augmentation des sécrétions, se résorbent presque constamment.

« La cicatrisation des ulcérations semble évoluer rapidement et toutes les cicatrices ont un meilleur aspect que celles qui se produisent spontanément.

« Dans les spinæ ventosæ, la méthode paraît donner des résultats brillants ;

« Dans les autres ostéites superficielles ouvertes, l'action se rapproche de celle observée dans les adénites suppurées ;

« Dans les arthrites, on constate presque toujours la disparition rapide des douleurs.

« Le mal de Pot et la coxalgie échappent à ce bienfait dans les conditions actuelles d'instrumentation et de technique.

« Dans les jointures plus superficielles, on a pu ralentir parfois l'évolution du processus :

« Dans tous les cas, où l intervention opératoire est nécessaire (curetage, extirpation, résection), la radiothérapie rendra encore des services. Elle complètera l'action chirurgicale, qui ne peut toujours être parfaite et préviendra les récidives.

« Quels qu'aient été les cas traités, l'action sur l'état général semble avoir été satisfaisante.

« La radiothérapie ne paraît pas avoir pour conséquences d'essaimer ou de généraliser la tuberculose.

« Cette méthode sera associée avec profit aux autres procédés physiothérapiques (héliothérapie, courants continus ou à haute fréquence, méthode de Finsen), ou à la méthode de Bier dans les tumeurs blanches, ou aux traitements oxygénés dans les cas fistuleux.

« On doit, en même temps, faire appel à la résistance globale de l'organisme et tenter de modifier l'état général par la cure d'air ou le séjour à la mer, par les différents médicaments usités en la circonstance.

« Le mode d'action des rayons sur la tuberculose locale est encore incomplètement élucidé.

Au point de vue de la technique, on appliquera strictement les règles établies par le docteur Béclère pour le cancer superficiel. On emploiera des tubes assez durs. Le temps de pose importe peu. Deux éléments ont seuls une signification : la quantité et la qualité des rayons, qui seront scrupuleusement dosés. On évitera ainsi tout accident local.

La radiodermite réactionnelle semble, en effet, inutile, malgré l'avis de certains auteurs.

« Afin de favoriser l'échange des résultats d'où doit sortir la démonstration définitive des effets thérapeutiques à attendre des rayons X dans les tuberculoses locales, on peut souhaiter voir adjoindre à toutes les observations, suivant les cas, des photographies ou la justification de mesures métriques, rigoureuses et une fiche radiothérapique à représentation graphique. »

En somme, la radiothérapie est appelée à devenir un utile auxiliaire de la chirurgie.

Le saturnisme à Paris.

M. le Dr Armand Gautier a fait récemment, au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, un rapport sur le saturnisme à Paris, qui présente un réel intérêt, en ce moment surtout, où la question du saturnisme est de nouveau agitée par la presse politique. Comme toujours, ces excellents bavards qui se nomment « les Journalistes » veulent se mêler de résoudre un problème que les savants les plus compétents et les plus impartiaux ne parviennent pas encore à solutionner. Qu'on en juge par le rapport de M. Gautier.

« Pour ces quatre dernières années, le nombre des cas s'est élevé, [illegible]s les hôpitaux de Paris, à 137 par an. Quant aux décès, tant en ville qu'à l'hôpital, ils ont été les suivants :

	1902	1903	1904	1905
Décès à l'hôpital.........	7	9	6	8
Décès en ville...........	8	3	6	6
Totaux..........	15	12	12	14

« Au total 53 décès dans la dernière période de quatre ans, soit une moyenne de 13,2 décès par an.

« Sur ces 53 décès, on compte 33 peintres, 5 plombiers, 2 typographes, 1 coupeur de poils, 1 faïencier, un ajusteur, un verrier et 9 ouvriers de professions mal déterminées.

« On reconnaît ici l'exagération de ceux qui, sans raison, quelquefois pour des raisons qu'il est inutile de rechercher davantage, affolent le public de leurs affirmations exagérées et de leurs campagnes de presse, assurant que le saturnisme fait à Paris d'*innombrables martyrs*. Sans doute, le plomb et ses préparations font encore beaucoup trop de mal, mais que sont les 13 décès annuels devant ces centaines de cas mortels qui frappent les milliers de victimes de l'incurie morale, de la misère, de la tuberculose et de l'alcoolisme ! En ouvrant dans le département de la Seine un débit de boissons nouveau, on fait plus de mal à l'ouvrier qu'en créant un nouvel atelier de typographie, de plomberie ou de peinture en bâtiments bien tenu.

« En somme, il est bien désirable de voir l'intoxication saturnine diminuer encore à Paris, mais ne nous flattons pas de la faire disparaître, même en prohibant la céruse. — Allez-vous prohiber aussi la typographie, les accumulateurs électriques, la peinture des fers bruts au minium, la plomberie, la cristallerie et tant d'autres industries ?

« On dit que mon rapport est optimiste, que je n'ai pas tenu compte de la morbidité en ville. J'ai, comme je l'avais fait dans les vingt-huit années précédentes, basé mon rapport sur les documents fournis à l'Administration par les hôpitaux. Ces documents déclarent les malades et les morts par saturnisme d'après les fiches des malades, fiches établies par les médecins de l'Assistance publique. Je ne pense donc pas que ces documents soient fautifs et, dans tous les cas, je ne pouvais tenir compte que de ce qui m'était trans-

mis, et directement envoyé par les hôpitaux parisiens.

« Quand la déclaration obligatoire se fera pour les cas de la Ville, nous pourrons en tenir compte. Mais rien ne nous autorise à faire ici des statistiques de sentiment et à dire vaguement que des milliers de malades et des centaines de morts sont chaque année frappés à Paris par le saturnisme. C'est cependant ce qu'ont fait autrefois deux hygiénistes et physiologistes bien connus et ce qu'on a eu le tort de répéter bien souvent après eux.

« Des documents fournis dans cette période de 1902-1905, il résulte nettement que le nombre des saturnins hospitalisés est tombé au minimum, puisqu'il est seulement de 137 par an. Il était quadruple il y a vingt à vingt-cinq ans.

« Je répète enfin que, toujours préoccupé du danger du saturnisme, le Conseil ne s'est pas borné à étudier les moyens préventifs résumés dans l'instruction du 25 novembre 1881 et à tenir la main à son exécution ; depuis plus de dix ans et à diverses reprises, il demande à l'Etat et aux Administrations publiques qu'une clause soit introduite dans les cahiers des charges imposant aux industriels et patrons peintres en bâtiments une clause prohibant la peinture au blanc de plomb à l'intérieur de tout établissement public. En revanche, notre Conseil n'a jamais voulu prendre la responsabilité de préconiser l'emploi du blanc de zinc, où des peintures exemptes de plomb, pour les travaux extérieurs, là où ces peintures sont soumises aux intempéries, à la pluie, à l'eau de mer.

« En attendant que la Commission compétente nommée par M. le Ministre du Commerce pour faire l'étude comparative de ces divers procédés de peinture ait terminé ses expériences et pris un parti, je crois qu'il est sage de nous dispenser de donner sur ce point un avis prématuré ».

L'ibogaïne. Eléments de pharmacologie. Formulaire.

L'ibogaïne est l'alcaloïde de l'iboga du Congo Elle s'emploie généralement sous forme de chlorhydrate d'ibogaïne.

Le chlorhydrate d'ibogaïne cristallise en petits prismes ; il est incolore quand il est très pur, de saveur amère, styptique, rappelant celle du chlorhydrate de cocaïne. **Il est assez soluble dans l'eau et dans l'alcool à 95°.**

On l'emploie comme agent toni-nutritif, stimulant des échanges, excitant musculaire, nerveux, cardiaque, à la dose moyenne de 0 gr. 01 à 0 gr. 03 par jour, dans la neurasthénie, l'asthénie cardiaque, le surmenage, la convalescence, etc... Il se prête à tous les modes de préparations pharmaceutiques :

I. *Cachets* : Chlorhydrate d ibogaïne.. 0 gr. 01

pour un cachet n° 40 ; 2 à 4 par jour.

II. *Elixir* : Chlorhydrate d'ibogaïne. 0 gr. 10
Curaçao sec............. 300 cc.

un verre à liqueur contient 0 gr. 01 du principe actif ; un après chaque repas.

III. *Pilules* : Chlorhydrate d'ibogaïne.. 0 gr. 01
Poudre de gentiane...... 0 gr. 05

pour une pilule n° 40 ; 2 à 4 par jour.

IV. *Sirop* : Chlorhydrate d'ibogaïne.. 0 gr. 10

Faire fondre dans 30 gr. d'eau alcoolisée au quart Ajoutez 120 cc. de sirop d'écorces d'oranges amères.

Chaque cuillerée à bouche contient 0 gr. 01 du principe actif ; 1 à 2 cuillerées pendant les repas.

V. *Vin* : Chlorhydrate d'ibogaïne. 0 gr. 10
Vin de madère sec....... 450 cc.

0 gr. 01 par verre à madère ; 1 après chaque repas.

Toutes les préparations liquides ont le grand inconvénient de ne pas masquer d'une façon suffisante la saveur très désagréable de l ibogaïne. Aussi est-il préférable de leur substituer les dragées Nyrdahl, d'après la formule du Dr A. Landrin, qui sont scrupuleusement dosées à 0 gr. 005 chacune et dont on prescrira 2, 3 ou 4 par jour.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

HYGIÈNE SCOLAIRE

L'hygiène oculaire à l'école (1).

Par S. Baudry,

Professeur de Clinique ophtalmologique à l'Université de l'Etat, médecin-inspecteur d'hygiène oculaire des écoles municipales de Lille.

Ce n'est pas sans un certain étonnement que l'on constate l'abandon relatif dans lequel est si longtemps demeurée la question importante, au premier chef, de l'hygiène oculaire à l'école, où les yeux sont continuellement en action et où presque tout se fait par leur intermédiaire.

L'appareil visuel, contrairement à l'opinion de Helmholtz, dont la boutade est restée célèbre (2), n'est-il pas l'un des plus parfaits

(1) Vingt-deuxième conférence pédagogique, faite le 17 mai 1905, à la Faculté des Lettres.

(2) Parlant des défauts optiques de l'œil, Helmholtz disait : En présence d'un opticien qui voudrait me livrer un instrument entaché de pareils défauts je me sentirais parfaitement autorisé à refuser son ouvrage et à accompagner mon refus des expressions les plus dures. » Et M. Javal d'ajouter avec raison : Je n'ai pas reçu mission de plaider les circonstances atténuantes en faveur de l'opticien, mais je voudrais dire à sa décharge, que son œuvre est mieux agencée qu'on ne pouvait le croire il y a 20 ans, et c'est précisément par l'emploi des méthodes créées par lui que je suis arrivé à cette conviction. » Javal, *Physiologie de la lecture et de l'écriture*, p 81. Paris. Alcan, éditeur, 1905.

et des plus utiles de notre organisme? De tous les sens, celui de la vue n'est-il pas le plus intellectuel, si je puis me servir de cette expression, et incomparablement le plus étendu? Tandis que l'odorat et l'ouïe, par exemple, ne peuvent s'exercer qu'à une certaine distance et que le toucher reste limité à la surface tégumentaire, la vision, complétée par de merveilleux instruments, nous permet de connaître les infiniments petits du monde atomique et l'infiniment grand des régions sidérales, sans compter qu'elle est l'origine de la plupart de nos jugements sur les êtres et les choses qui nous entourent et dont elle nous permet d'apprécier les rapports, les formes et les beautés. Aussi n'est-ce pas sans raison que l'on considère la cécité comme l'un des malheurs les plus grands qui puissent nous affliger.

A ces divers titres, l'œil mérite des précautions, des soins spéciaux, dans le but de le conserver dans son intégrité anatomique et fonctionnelle, et il m'a paru utile, après avoir étudié les divers modificateurs qui viennent agir sur lui dans le milieu scolaire, de vous faire connaître les règles prophylactiques à observer pour le mettre à l'abri de ce qui lui est nuisible dans ce même milieu.

Avant les importants travaux de Cohn (de Breslau), on ne trouve que des publications isolées à la fin du XVIII[e] siècle (P. Frank), et dans la première moitié du XIX[e] (Beer, Szokalski, Schurmayer, etc.), sur les relations possibles entre la myopie et le mauvais éclairage des écoles. En 1867, Cohn produisit une statistique portant sur plus de 10.000 écoliers. D'après cette statistique, la myopie augmente en nombre et en degré avec l'âge et la scolarité. Ces déductions furent bientôt confirmées par de nombreux ophtalmologistes, tant en France qu'à l'étranger. Ott, en particulier, a vu, en l'espace de trois ans, le nombre des myopes d'une école s'élever de 19 à 47 %.

A partir de cette époque, la myopie scolaire ou de travail est l'objet des préoccupations et des recherches incessantes des hygiénistes, et l'on s'efforce d'en connaître les différentes conditions étiologiques. Des constatations faites dans divers pays donnèrent à penser que le sexe, la race, la nationalité,avaient une certaine influence. Rare chez les nègres, les Kabyles, etc., la myopie est surtout fréquente en Allemagne, en Suisse, chez les Israélites, et en général chez les peuples les plus civilisés.

Mais le milieu scolaire a été principalement incriminé, et à juste titre. Le mode d'éclairage, la disposition des bâtiments, le mobilier, le mode d'écriture, la lisibilité des caractères typographiques et des cartes murales, la couleur du papier, les programmes d'études, etc., ont fait l'objet de travaux spéciaux, parmi lesquels je citerai ceux de Cohn, Magnus, Weber, Seggel, etc., en Allemagne; de Cellan, Loring et Derby, Agnew, William, etc., en Amérique; de Priestley-Smith, Lawson, Hadlow, Menzies, etc., en Angleterre; de Trélat, Galezowski, Giraud-Teulon, Nikati, Dor, Gariel, Javal, Bertin-Sans, Truc, Landolt, Rolland, etc., en France; d'Erismann, etc., en Russie; de Ott, Horner, Emmert, etc., en Suisse.

De multiples enquêtes, continuées d'une façon méthodique, ont établi que non seulement le nombre des myopes augmente avec la durée des études, au point de tripler dans les classes supérieures des lycées et des collèges, mais que les déformations rachidiennes, la scoliose en particulier, deviennent de plus en plus fréquentes. Enfin, on a envisagé l'école au point de vue de la transmission des maladies oculaires contagieuses, telles que la conjonctivite catarrhale, les granulations, et de la fréquence avec laquelle se produisent les blessures de l'œil par les plumes métalliques (Galezowski).

Justement émus par cette affirmation des ophtalmologistes que la myopie progressive expose à des complications graves dans presque la moitié des cas (Horner[1], et à la cécité monolatérale dans la proportion de 10 % (Cohn, Magnus, etc.), les pouvoirs publics décidèrent la création d'une inspection médicale des écoles, et ce service fut institué, d'abord, en Angleterre et en Belgique, puis, en France, dans la plupart des grandes villes. Mais, soit par manque de temps, soit peut-être aussi par défaut de compétence dans les questions d'oculistique, les médecins inspecteurs négligèrent ce côté spécial de leurs fonctions.

En 1889, à la suite d'un rapport qui me fut demandé sur la question, je fus chargé, à titre gracieux, par M. l'Adjoint à l'Instruction publique, de l'organisation d'une inspection d'hygiène oculaire dans les écoles primaires municipales de Lille. Depuis cette époque, grâce au concours dévoué de tout le personnel enseignant, auquel je suis heureux d'adresser mes remercîments et de témoigner ma reconnaissance, ce service fonctionne régulièrement et tend de plus en plus à prendre l'importante place qui lui revient. Il y a, certes, encore beaucoup à faire; nous ambitionnons mieux que l'état actuel, et nul doute que l'Administration, si soucieuse de sauvegarder la santé des écoliers, ne consente de nouveaux sacrifices pour améliorer et bâtiments, et matériel scolaire.

Quelques années plus tard, en 1895, mes collègues les professeurs Imbert et Truc organisaient le même service dans les écoles communales de Montpellier. Je m'empresse de dire qu'il s'est, depuis, étendu aux autres établissements d'instruction publique et qu'il fonctionne d'une façon parfaite. M. le Professeur Truc, qui s'occupe si activement depuis plus de dix ans de cette question, a sous sa direction deux médecins inspecteurs-adjoints qui sont les deux premiers assistants de sa clinique. Sur les indications de mon éminent collègue, des services analogues ont été créés à Lyon, Bourges, Nice, Oran, etc.

L'inspection d'hygiène oculaire des écoles ayant pour objet, comme je l'ai dit précédemment, la conservation de l'intégrité anatomique et fonctionnelle de l'appareil de la vision, le rôle du médecin-inspecteur est d'assurer : 1° l'examen pratiqué par un spécialiste, de tout élève qui présente les symptômes ou signes d'une inflammation aiguë des membranes externes de l'œil; 2° l'examen des élèves et leur répartition en normaux ou anormaux, en ce qui concerne l'acuité visuelle; 3° la prescription d'un traitement approprié, de verres correcteurs

en cas d'anomalie de la réfraction ou de l'acuité, et de conseils professionnels ; 4° enfin, la visite des établissements scolaires à des époques déterminées, afin de pouvoir signaler à l'Administration les desiderata et les modifications à apporter dans les locaux, l'éclairage, le matériel, etc.

Une recommandation pressante doit, avant tout, être faite au personnel enseignant : celle d'éloigner immédiatement de l'école tout élève qui se présente avec les yeux rouges, les paupières gonflées, croûteuses, de l'envoyer au médecin spécialiste, et de ne le réadmettre à l'école qu'après la remise d'un certificat de ce dernier, attestant la guérison complète et l'absence de tout danger de contagion.

Parmi les multiples affections oculaires auxquelles sont exposés les enfants des écoles, deux appelleront plus particulièrement notre attention, parce qu'elles sont éminemment contagieuses et que, par manque de précautions, elles se propagent avec la plus grande facilité; je veux parler de la *conjonctivite catarrhale*, et d'une autre maladie, très commune dans notre région et beaucoup plus grave : le *trachome* (granulations).

La *conjonctivite catarrhale,* facile à reconnaître, et désignée par le public sous le nom de « *courant d'air* », est caractérisée par une rougeur plus ou moins vive de la muqueuse oculo-palpébrale, par une hypersécrétion catarrhale (mucosités ou muco-pus), qui agglutine les cils, *se dépose en croûtes jaunâtres sur le bord* des paupières et au niveau du grand angle de l'œil. Un traitement approprié en a facilement raison en 8 ou 15 jours. C'est donc une affection bénigne.

Il n'en est malheureusement pas de même du *trachome,* dont la forme aiguë évolue avec quelques caractères de la précédente (rougeur, hypersécrétion muco-purulente), mais dont l'allure est parfois si insidieuse qu'elle reste ignorée du malade et ne peut être dépistée que par le médecin spécialiste. On la confond, du reste, avec une autre inflammation fréquente dans les pensionnats et les écoles, la *conjonctivite folliculaire.* Celle-ci existe, de même, sous la forme latente, et dure des mois comme la conjonctivite granuleuse, mais elle en diffère totalement comme pronostic, puisqu'elle disparaît à la longue sans laisser de traces, tandis que la seconde constitue une des maladies les plus graves de l'œil. En effet, seuls les cas bénins et traités de bonne heure guérissent complètement. Dans les autres cas, il persiste des altérations indélébiles de la conjonctive, des lésions profondes des paupières et de la cornée qui peuvent conduire à la cécité. En Egypte, qui fut le berceau et qui est resté l'un des grands foyers du trachome, le nombre des aveugles, victimes de la maladie, est considérable, faute d'hygiène et de soins.

Dans la conjonctivite catarrhale, comme dans le trachome, la contamination s'opère par le transport de la sécrétion morbide d'un œil à l'autre, par l'intermédiaire des doigts, des objets de toilette, tels que essuie-mains, éponges, mouchoirs de poche, etc.; ce qui a surtout lieu dans les établissements où plusieurs personnes se servent en commun de ces objets. Néglige-t-on de prendre les mesures préventives pour empêcher la propagation de la maladie lorsqu'elle fait invasion dans l'un de ces établissements? Bientôt un grand nombre d'élèves, puis la totalité sera atteinte. C'est ainsi que Bader, dans une école de pauvres, à Holborn, a trouvé les 500 enfants contaminés. A l'orphelinat de Malines, en 1840, 74 orphelines sur 75 étaient trachomateuses (Hairion). Max Callan, dans son inspection des écoles de Menouf (Egypte), n'a rencontré que 9 élèves indemnes sur 133. C'est donc un devoir des plus impérieux pour l'Administration de s'assurer, par des examens médicaux fréquents, s'il n'y a pas de granuleux dans la population scolaire, puisque là où il n'y a pas de trachome, la contagion est irréalisable.

A mesure que se répand l'instruction, et avec elle les connaissances hygiéniques, le nombre des granuleux tend à diminuer, et l'école, qui était un foyer d'infection devient un foyer d'extinction, selon l'heureuse expression de Bruch d'Alger. En effet, l'inspection médicale permet de découvrir les contaminés, de les isoler, de les soumettre à un traitement rigoureux et de leur faire les recommandations indispensables suivantes : 1° Disposer de linges et d'objets de toilette personnels; 2° éviter d'essuyer les paupières de l'œil sain avec le même linge, si un seul œil est atteint; 3° éviter de porter les doigts aux yeux et de les essuyer avec le mouchoir; 4° se laver fréquemment les mains.

Ces mesures ont déjà donné d'heureux résultats. La proportion d'élèves granuleux, qui était de 76 % dans certaines écoles d'Amsterdam, en 1881, est tombée à 14 % en 1897 (Jitta). Certaines écoles du gouvernement que j'ai visitées au Caire, en 1902, avec le Dr Eloui Bey, ne fournissaient qu'un contingent de 28 %. Vingt ans auparavant, le même confrère trouvait 85 % de granuleux dans les mêmes écoles.

En Egypte comme en Belgique, en Hongrie, etc., la cécité reconnaît comme facteur important le trachome. Or, le trachome est une maladie que l'on peut éviter, diminuer et même faire disparaître par des mesures rigoureuses d'hygiène générale et individuelle. Aux pouvoirs publics et aux médecins incombe le devoir de prévenir les causes de la propagation et de combattre le mal existant. Comme je viens de le dire, l'isolement des malades atteints de granulations sécrétantes est de première nécessité. On peut facilement l'appliquer dans les écoles, comme on le fait d'ailleurs pour d'autres maladies contagieuses.

Les blessures de l'appareil visuel à l'école ne nous arrêteront qu'un instant, parce qu'en somme, elles sont relativement peu fréquentes. Il n'en faut pas moins compter avec la turbulence, l'imprudence des enfants, et l'on ne saurait exercer une trop grande surveillance pendant le temps des récréations en particulier, si l'on veut éviter des accidents sérieux.

La piqûre de la cornée par une plume métallique à écrire constitue une lésion d'autant plus dangereuse que l'agent traumatique est plus malpropre. Cette blessure se complique non seulement d'une sorte de tatouage indélébile produit par l'infiltration de l'encre dans le tissu cornéen, mais fort souvent aussi d'inflammation suppurative, dont les conséquences sont des

plus fâcheuses au point de vue de l'acuité visuelle, quand on n'a pas à déplorer, comme je l'ai vu à plusieurs reprises, la perte de l'organe visuel.

Mêmes dangers lorsque l'œil est frappé par une balle plus ou moins élastique, par une boule de neige durcie et violemment lancée à courte distance. Dans ces cas, les lésions varient selon le degré de violence traumatique, depuis la simple commotion de la rétine accompagnée d'éblouissement et d'obscurcissement passager de la vue, jusqu'à la perte complète et définitive de la vision, à la suite d'hémorragie du vitré et de la chambre antérieure, de déchirures et de décollements des membranes profondes, etc. Enfin, dans les contusions très violentes, comme celle qui résulterait du choc d'un caillou, d'une pierre, le globe oculaire, brusquement comprimé, éclate, laissant échapper une partie de son contenu. Inutile d'insister sur la gravité d'une semblable désorganisation, laquelle est rapidement suivie d'une inflammation destructive ou aboutit à l'atrophie de l'organe, après de longs mois de traitement.

L'appareil visuel paraît intact, anatomiquement parlant; il n'est le siège d'aucune lésion apparente, et cependant la vision est défectueuse. L'enfant se plaint de ne pas voir de loin, il cligne les paupières ou incline la tête dans une position, toujours la même, afin de voir plus distinctement; un autre ne peut lire ou écrire que pendant quelques instants; s'il continue le travail de près, la vision cesse d'être nette, les lettres se confondent et paraissent danser, etc. Nous avons affaire, ici, soit à une anomalie de la *réfraction*, c'est-à-dire de l'état réfringent de l'œil à l'état de repos (*amétropie* α privatif et μετρον mesure exacte), soit de l'*accommodation*, c'est-à-dire de la propriété que possède l'organe visuel de voir nettement les objets situés à des distances variables. Le public confond très fréquemment l'une avec l'autre, en particulier l'*hypermétropie* avec la *presbyopie* ou *presbytie*. Or, il importe de les distinguer soigneusement, car les moyens à employer pour remédier à ces troubles visuels diffèrent de la façon la plus complète.

Quoi qu'il en soit, dès la rentrée des classes, en octobre, l'examen de l'acuité visuelle des élèves est fait, dans une salle bien éclairée, par les directeurs ou directrices des écoles, à l'aide d'un tableau d'optotypes (échelles décimales). Si la vision des deux yeux a été reconnue normale, l'élève ne sera plus examiné à moins qu'il ne se plaigne de troubles visuels dans le cours de sa scolarité.

L'acuité visuelle de l'un ou des deux yeux est-elle, au contraire, inférieure à la normale? La perception des couleurs laisse-t-elle à désirer? L'élève est adressé à la clinique ophtalmologique de l'hôpital St-Sauveur, où l'examen complet des fonctions visuelles est pratiqué. Les résultats de ces explorations sont communiqués au directeur de l'école, dont le concours nous devient précieux. Intermédiaire autorisé, il s'efforcera de faire comprendre aux parents la nécessité pour leur enfant de suivre un traitement, de faire usage de verres correcteurs, de choisir telle profession plutôt qu'une autre, en rapport avec ses aptitudes visuelles, de renoncer à la préparation d'un concours d'admission à une école ou à une administration, si les candidats ne doivent présenter aucune anomalie de la vision. Mais, dans aucun cas, il n'est institué de traitement sans le consentement préalable des parents.

J'ai dit tout à l'heure que l'œil dont l'état réfringent s'écarte de l'état réfringent normal est un œil *amétrope*; il convient, avant de vous parler de cette anomalie et de ses variétés, de vous rappeler très succinctement ce que l'on considère comme un œil optiquement normal ou *emmétrope* (de εμμεδροσ, ayant la mesure exacte, οφ œil).

Si l'on compare l'organe visuel à un appareil de photographie dont la chambre noire serait réalisée par la coque oculaire, les lentilles de l'objectif par les divers milieux réfringents (cornée, humeur aqueuse, cristallin et vitré) et la plaque sensible par la région maculaire de la rétine, l'œil emmétrope est celui dont la constitution est telle que la rétine est placée exactement au foyer principal de l'ensemble de ces milieux réfringents. Dans ces conditions, il perçoit nettement, sans aucune adaptation spéciale, les objets placés à l'infini, c'est-à-dire à une distance supérieure à cinq mètres. Si, au contraire, la rétine est placée *en arrière* ou *en avant* du foyer principal, nous avons affaire à la *myopie* dans le premier cas, à l'*hypermétropie* dans le second cas. Dans la myopie, comme dans l'hypermétropie, le pouvoir réfringent est le même dans tous les méridiens; mais, si d'un méridien à l'autre il existe une inégalité de réfringence dans les milieux oculaires, il y aura forcément un foyer propre à chaque méridien; de sorte que si l'un des méridiens fait foyer en avant, et l'autre en arrière de la rétine, l'image deviendra diffuse et trouble; c'est ce qui se passe dans l'œil *astigmate* ou *astigme*.

L'œil emmétrope, adapté pour l'infini, ne peut distinguer les objets rapprochés que grâce à une propriété qui est sous la dépendance du cristallin et du muscle ciliaire, le pouvoir *accommodateur* ou l'*accommodation*.

Si nous continuons la comparaison de l'œil avec l'appareil photographique, nous savons que, dans ce dernier, la mise au point consiste à régler l'appareil, soit en l'éloignant, soit en rapprochant de l'objectif la plaque sensible, de façon à recueillir de l'objet une image très nette. Or, dans l'œil, comme il ne peut être question d'avancer ou de reculer la plaque sensible, c'est-à-dire la région maculaire de la rétine, la mise au point pour les objets voisins se fait grâce à une augmentation de réfringence du cristallin dont le milieu se bombe d'une façon variable, suivant la distance plus ou moins rapprochée des objets, par suite de la contraction d'un muscle circulaire, situé en arrière de l'iris et qu'on appelle muscle ciliaire ou *accommodateur*. L'œil verra donc très nettement des objets d'autant plus rapprochés que le cristallin sera plus élastique et le muscle ciliaire plus fort; la distance entre la limite la plus éloignée (*punctum remotum*) et la limite la plus rapprochée (*punctum proximum*) de la vision distincte constitue le parcours de l'accommodation.

La disparition du cristallin à la suite de l'opération de la cataracte, par exemple, la perte de l'élasticité de ses fibres (*sclérose*), d'une part; la paralysie, la fatigue du muscle ciliaire, d'autre part, suppriment ou compromettent l'intégrité de la fonction accommodative : de là deux anomalies de l'accommodation, l'*asthénopie accom-*

modative et la *presbyopie* dont quelques symptômes sont communs et dont je vous parlerai tout à l'heure.

Le nombre des enfants *amétropes* est relativement élevé puisqu'il atteint approximativement la proportion de 33 %, d'après les statistiques d'ensemble de DE METZ, LAWSON, TRUC, etc.

Au point de vue spécial qui nous occupe, l'astigmie et l'hypermétropie nous arrêteront moins longtemps, pour la raison que les moyens hygiéniques sont impuissants à prévenir ces deux anomalies de la vision et ne peuvent qu'en empêcher les complications, tandis que la myopie peut être évitée et enrayée par des mesures prophylactiques sur l'efficacité réelle desquelles j'appellerai votre attention.

De toutes les anomalies de la réfraction, l'*astigmie* est la plus fréquente; elle accompagne tous les cas de myopie double et un grand nombre de cas d'hypermétropie. Un élève de notre collègue et ami le professeur LAGRANGE (de Bordeaux), BERBINEAU, a relevé 260 fois une astigmie importante sur 414 yeux amétropes. Les adultes du sexe féminin sont deux fois plus atteints que les hommes du même âge, avec un maximum de différence vers l'âge de 20 ans. Les statistiques de STEIGER, FAEHNDRICH, etc., donnent la proportion de 75 % de femmes et 25 % d'hommes. NORDENSON a pu même trouver une astigmie mesurable chez 9 emmétropes sur 10. Je m'empresse d'ajouter que, dans ces cas, les contractions du muscle accommodateur, en modifiant le cristallin, permettent de corriger les défauts de courbure de la cornée qui rendent les images confuses et troubles.

On sait que les méridiens de la cornée n'ont pas tous le même rayon et par conséquent le même foyer, mai, dans un œil normal, la différence n'est pas suffisante pour que l'image formée sur la rétine ne soit pas nette et distincte. Si, au contraire, l'écart entre plusieurs rayons est trop considérable les uns faisant foyer en avant, et les autres en arrière de l'écran rétinien, l'image devient confuse et indistincte.

On appelle *astigmie* (de α privatif et στιγμα point) l'état de la réfraction dans lequel les rayons venant de l'infini et tombant sur la cornée ne peuvent se réunir en un point unique par suite de la différence de courbure des divers milieux réfringents. Elle est *régulière* lorsque la courbure de chacun des méridiens reste la même, la réfringence augmentant ou diminuant régulièrement et insensiblement d'un méridien à l'autre, pour être extrême dans deux méridiens principaux perpendiculaires l'un à l'autre. Dans l'astigmatie *irrégulière*, au contraire, la coubure n'est pas égale dans tous les points d'un même méridien ; de là un nombre infini de foyers, et une confusion encore plus grande des images.

L'astigmatie, dans l'immense majorité des cas, provient d'une *irrégularité* congénitale, héréditaire, de courbure de la cornée ; elle est d'ordinaire, symétrique et de même degré sur les deux yeux. D'autres malformations du globe oculaire l'accompagnent lorsqu'elle est de haut degré.

Des lésions cicatricielles de la cornée (à la suite de brûlures, d'ulcères), et, en particulier, la cicatrice consécutive à l'opération de la cataracte, modifie également la courbure de cette membrane et donne lieu à l'astigmie *acquise*. Même résultat enfin, lorsque le cristallin prend une position oblique, ce qui a lieu dans le déplacement partiel de cet organe. On peut, d'ailleurs, très facilement reproduire expérimentalement cette variété d'astigmie, en regardant à travers une lentille sphérique placée obliquement devant l'œil; on constate ainsi que les lettres ou objets se déforment. Pareillement, le myope ou l'hypermétrope qui incline son lorgnon pour mieux voir, ne fait que transformer ses verres sphériques en verres cylindriques; ce qui lui permet de corriger l'astigmie qui complique à son insu sa myopie ou son hypermétropie.

Non seulement l'astigme distingue mal comme le myope, mais il voit les objets ou les lettres déformés, distincts dans une de leurs parties et troubles dans l'autre. Dans un caractère composé de lignes verticales et horizontales, comme la lettre H, par exemple, un astigme verra très nettement le trait horizontal et indistinctement les traits verticaux, ou inversement, suivant la direction des méridiens principaux; il cligne les paupières et incline la tête à la recherche d'une mise au point meilleure. C'est ce travail incessant qui amène les symptômes si pénibles de l'asthénopie accommodative, et en particulier les migraines dont se plaignent habituellement les astigmes.

Il est facile de rendre à la vue sa netteté et d'éviter les symptômes si désagréables de l'asthénopie accommodative au moyen de verres cylindriques qui ont la propriété de réfracter les rayons lumineux perpendiculaires à l'axe du cylindre, tandis que les rayons parallèles à cet axe ne subissent aucune réfraction. De sorte que pour corriger un méridien hypermétrope, par exemple, il suffit de placer l'axe convexe dans le sens du méridien emmétrope perpendiculaire au premier; les rayons lumineux du méridien hypermétrope réfractés comme par un verre sphérique convexe iront faire leur image sur la rétine.

A-t-on affaire à une astigmie composée, c'est-à-dire dans laquelle deux méridiens principaux sont tous deux hypermétropes ou myopes, mais à un degré différent ? Dans ce cas, on utilise les verres sphéro-cylindriques, qui corrigent à la fois les deux anomalies de la réfraction.

L'hypermétropie (υπερ au delà, μετρον) nous l'avons dit, est l'état de réfraction dans lequel les rayons parallèles pénétrant dans un œil anatomiquement trop court ou dont le dioptre est insuffisant (œil privé de son cristallin) font leur foyer en arrière de la rétine.

L'œil hypermétrope est un organe insuffisamment développé, c'est-à-dire dont l'axe antéro-postérieur a une longueur inférieure à l'axe normal. C'est l'œil de l'enfant, de l'homme primitif, du sauvage; ajoutons que l'hypermétropie coexiste souvent avec des anomalies congénitales du globe oculaire, telles que le colobome de l'iris, l'atrophie congénitale du nerf optique, etc., et qu'elle tend à diminuer avec l'âge.

A l'état de repos, l'œil hypermétrope voit mal de loin et encore plus mal de près, sauf dans les cas d'hypermétropie faible; aussi, l'enfant atteint d'hypermétropie a-t-il une tendance à éloigner de ses yeux le livre ou cahier sur lequel il travaille, et fait-il intervenir le pouvoir accommodateur pour améliorer sa vision et se rendre artificiellement emmétrope. Mais il ne faut pas perdre de vue que ce résultat est obtenu au prix d'un

effort. Or, si au moyen d'une lentille convexe ou convergente, nous donnons à cet œil la part de réfringence qui lui manque, nous améliorerons sa vision et nous supprimerons ou diminuerons l'effort accommodateur.

De là la confusion qu'on faisait si facilement autrefois et que l'on fait encore aujourd'hui entre la presbyopie et l'hypermétropie. En voyant un enfant hypermétrope, auquel le travail de près devenait pénible au bout de quelque temps, prendre les lunettes de son grand-père et pouvoir continuer à lire sans le moindre effort, on supposait que la faiblesse de la vue était la même chez l'enfant que chez le grand-père, et cet état ne préoccupait les parents que parce qu'il se manifestait trop tôt. La plus grande erreur était de considérer comme dangereux l'emploi de lunettes et de rejeter ainsi le seul moyen capable de supprimer les troubles visuels de l'enfant.

Au grand physiologiste Donders revient le mérite d'avoir montré que l'impossibilité de voir nettement de près tient chez l'enfant à un défaut de réfraction, l'hypermétropie; tandis que chez le vieillard, il s'agit d'un trouble de l'accommodation due à la sclérose de son cristallin.

Tant que l'enfant est très jeune et en excellente santé, l'hypermétropie légère passe, pour ainsi dire, inaperçue, parce que l'accommodation est facile et efficace. Mais, plus tard, si l'hypermétropie est de plusieurs dioptries (la dioptrie est l'unité de mesure donnée par une lentille dont le foyer principal est à un mètre), ou si l'élève est anémié, affaibli par une maladie générale récente, l'effort accommodateur est difficile et pénible, les yeux piquent et larmoient, la vision se trouble, la migraine, des tics, etc., apparaissent; il faut à tout prix interrompre le travail et se reposer pendant quelque temps avant de pouvoir le reprendre. Ce sont là des symptômes de l'*asthénopie accommodative* que l'on observe également chez les sujets atteints d'astigmie, comme je vous l'ai dit il y a un instant.

Une autre complication plus grave de l'hypermétropie élevée, c'est le *strabisme interne*, résultat de la relation étroite qui existe entre l'accommodation et la convergence, et de la rupture d'équilibre des muscles droits internes.

Pour prévenir les complications de l'hypermétropie (asthénopie accommodative et strabisme) il faut épargner le muscle accommodateur et faire usage de verres correcteurs convexes. Le choix de ces verres doit être fait avec une grande prudence. Chez les jeunes enfants, il faut se garder, par exemple, de corriger l'hypermétropie totale, car, en faisant travailler son muscle ciliaire, l'enfant provoque un allongement du globe oculaire capable de diminuer son hypermétropie et même de la guérir, si elle est de faible degré. La correction complète n'est indiquée que pour combattre le strabisme convergent. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas s'étonner si les verres correcteurs ne donnent pas à tous les hypermétropes une vision excellente, car ces yeux arrêtés, pour ainsi dire, dans leur développement, restent au-dessous de la moyenne au point de vue de l'acuité visuelle centrale. Un tiers seulement possèderaient une acuité visuelle supérieure à 7,10, d'après M. Chauvel.

Quelques traits de ressemblance entre l'hypermétropie et la presbytie m'amènent à vous dire deux mots de cette anomalie de l'accommodation avant de vous parler plus longuement de la myopie.

La *presbyopie* ou *presbytie* (πρέσβυς vieillard) est un état physiologique, constitué par une diminution de l'amplitude accommodative et de la faculté de voir de près, et dû à une densification du cristallin par la raréfaction de son eau de composition, sous l'influence des progrès de l'âge.

Le point le plus rapproché de la vision distincte de l'œil emmétrope qui est distant de 0, 07 centimètres de la cornée, à l'âge de 10 ans, s'en éloigne petit à petit, pour se rapprocher du point le plus éloigné de la vision, lequel est à l'infini.

Tant que le point le plus rapproché (*punctum proximum*), grâce à l'effort accommodateur, peut être maintenu à moins de 90 centimètres, l'emmétrope ne ressent aucune gêne. Mais, vers l'âge de 45 ans, il commence à éprouver une certaine difficulté pour lire les fins caractères, surtout le soir; dès lors, il tend à s'éloigner du livre, place la lumière entre celui-ci et ses yeux, afin de rétrécir l'ouverture pupillaire et de diminuer ainsi les cercles de diffusion. Puis, la gêne devient fatigue, surtout si le travail de près est trop longtemps prolongé.

L'hypermétrope devient presbyte plus tôt que l'emmétrope, parce que son punctum proximum est déjà plus éloigné et que son accommodation est surmenée; quant aux myopes, ils le deviennent plus tard, et comme leur vision à courte distance s'éloigne, ils se figurent à tort que leur myopie disparaît. Quelques-uns même, ceux qui ont un degré très élevé de myopie, ne s'aperçoivent jamais de la presbytie.

Les verres convexes, en venant en aide à l'accommodation, constituent l'hygiène et le traitement de la presbytie. Il faut donc porter ces verres aussitôt que les caractères ordinaires d'un livre bien imprimé ne peuvent plus être lus facilement à distance de 25 à 30 centimètres. D'une façon générale, le verre correcteur doit être assez fort pour ramener le *punctum proximum* à la distance à laquelle doit se faire le travail. Un charron, par exemple, qui besogne à la longueur des bras, devra porter des numéros beaucoup plus faibles que l'ouvrier graveur ou bijoutier, lequel exerce sa vue à 20, 15 et même 10 centimètres. L'hypermétrope, devenu presbyte, devra ajouter le numéro nécessaire à celui qui corrigeait déjà son vice de réfraction, tandis que le myope le diminuera d'autant.

La prescription et le choix des lunettes exigent une grande expérience et ne devraient, en aucun cas, être abandonnés aux opticiens. Les lunettes constituent, en effet, un véritable moyen thérapeutique, assimilable à un médicament destiné à l'organe visuel; aussi, les marchands ne devraient-ils avoir le droit de délivrer des verres que d'après l'ordonnance du médecin-spécialiste. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Combien de personnes, même intelligentes et éclairées, s'adressent directement au lunetier dans un but d'économie mal comprise, ou avec la pensée que leurs troubles visuels ne sont pas asssez importants pour nécessiter l'examen du médecin, et qui, plus tard, fatiguées de changer de verres sans résultat, nous viennent avec des lésions graves restées sans traitement pendant un temps plus ou moins prolongé.

Le choix d'un verre ne consiste pas à placer empiriquement devant un œil une série de numéros les uns après les autres, jusqu'à ce que la vision devienne plus ou moins nette. Il est nécessaire d'examiner avec soin les différentes parties de l'organe, d'explorer le fond de l'œil à l'ophtalmoscope, de savoir de quelle quantité il convient de corriger l'amétropie, suivant les cas et les distances. Or, un examen de ce genre ne peut être fait que par le médecin compétent, et c'est seulement dans ces conditions que l'on sera certain de porter des verres correcteurs appropriés.

Il est un autre préjugé très enraciné dans le public, et que je voudrais détruire, au sujet de l'usage des lunettes, que l'on veut retarder le plus tard possible, sous le prétexte de ne pas s'y habituer et de ne pas s'obliger à porter des verres de plus en plus forts. L'erreur est la même chez ceux qui croient « conserver » leur vue en en faisant un usage prématuré.

D'autres personnes détestent les lunettes et consentent à peine à porter un pince-nez, de temps à autre, à leur convenance, et dans la maison. La grande majorité des jeunes filles s'empressent de ne pas suivre le conseil que nous leur donnons de recourir à des verres correcteurs pour la vision de loin, et préfèrent laisser progresser leur myopie, plutôt que de se montrer dans la rue « affublées de lunettes », selon leur expression. Il est de notre devoir, à nous médecins de réagir contre ces préjugés et ces tendances fâcheuses, et d'avertir le public des dangers auxquels il s'expose.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Déclaration et désinfection par simple désignation du local contaminé

Perpignan, le 11 novembre 1906.

Monsieur le directeur et cher confrère,

J'ai lu, avec la plus vive attention, le rapport de notre vaillant secrétaire général : « Une année de défense professionnelle au Sou médical » et notamment le passage concernant la loi sur la santé publique.

Le service de la désinfection, qui constitue le point capital de la loi précitée, vient, vous le savez, d'être l'objet d'un décret du 10 juillet 1906, prescrivant toute la technique indispensable.

Le médecin doit faire la déclaration de la maladie au maire, conjointement à sa demande de désinfection.

Je n'insiste pas sur la déclaration de la maladie qui ne se fait presque nulle part et pour ainsi dire jamais, et qui, malgré toutes les amendes que l'on infligera aux médecins, risque fort de rester très longtemps encore dans les limbes.

Heureusement que nos confrères, dans un certain nombre de localités, ont su tourner la difficulté insurmontable jusqu'ici.

Dans le n° 2487 de la *Gazette des Eaux* du jeudi 1er novembre 1906, sous la signature du Dr H. Bourges, « la désinfection à Arcachon », je relève la phrase suggestive suivante :

« En s'engageant à désigner au service municipal toute habitation devant être assainie par la désinfection sans *notifier le genre de maladie* qui nécessite cette opération, les médecins d'Arcachon sont parvenus à généraliser cette mesure, sans violer le secret professionnel et sans soulever les protestations des malades assurés de leur discrétion ».

Je regrette vivement de ne pouvoir me rendre aux assemblées des 17, 18 et 19 novembre pour proposer personnellement à nos confrères d'émettre un vote unanime, afin que l'exemple donné par les médecins d'Arcachon passe de l'*exception à la règle*.

Je vous serais reconnaissant de donner lecture de ma lettre et vous faire vous-même l'avocat de la cause que je livre à la discussion générale.

Il faut cependant que la loi soit exécutée, sans quoi nous serons accusés de mettre des bâtons dans les roues.

Je m'explique :

La déclaration des maladies contagieuses et épidémiques faite à la mairie, c'est-à-dire au domicile même du malade ou du décédé, de ses parents, amis ou connaissances, comme le dit si bien notre cher confrère et ami, de Grissac, expose le praticien à de véritables dangers, tandis que faite *à la préfecture* et *sous pli cacheté*, elle perd la plus grande partie des objections si graves qu'elle soulève au point de vue du secret professionnel. Ce n'est plus qu'un numéro, qu'un chiffre.

La Préfecture n'a point d'attache avec les particuliers, mais seulement avec la collectivité. D'ailleurs, il serait facile d'obtenir la plus grande discrétion de l'employé chargé du service en le menaçant de révocation en cas de délation.

Peut-on employer la même sanction vis-à-vis d'un maire ou de son secrétaire de mairie, persona grata ?

Telle est, Monsieur et cher président, la mission que j'ai l'honneur de vous confier en vous priant de vouloir bien être mon interprète auprès de tous nos chers confrères présents aux assemblées du Concours.

Avec mes remerciements anticipés, je vous serre la main.

Votre tout dévoué, Dr E. Barthès.

DÉONTOLOGIE

Détournement des malades envoyés aux villes d'eaux.

Par le Dr Matton (de Salies-de-Béarn) (1).

L'indication portée à votre ordre du jour : « Villes d'eaux, détournement de malades », est très générale et peut viser une foule de cas différents. Je ne puis donc, dans l'ignorance où je suis des « espèces » qui vous intéressent plus particulièrement, que vous envoyer quelques réflexions embrassant l'ensemble de la question. Elles me sont suggérées par mon expérience de douze ans de pratique dans une station de malades, presque toutes femmes, c'est-à-dire faciles à influencer et à détourner, et je vous les adresse d'autant plus volontiers que nous sommes tous, nous comme vous, vous comme nous, grandement intéressés à ce que les choses se passent

(1) Communication à la Société médicale du XVIe arrondissement de Paris.

correctement et qu'il est loin souvent d'en être ainsi.

Par qui peuvent être détournés les malades que vous envoyez dans une station thermale ou sanitaire et qui s'y rendent ? Ils peuvent être détournés — détournés de vous et à votre détriment, ou bien du médecin-consultant à qui vous les adressez et encore donc à votre détriment en même temps qu'au sien, — vers un autre médecin (c'est bien ainsi, n'est-ce pas, que vous entendez le mot détournement ?) par quatre catégories principales de personnes : 1° par des personnes quelconques rencontrées en cours de route ou dans la station, à l'hôtel, à la promenade ou ailleurs ; 2° par l'établissement thermal ; 3° par l'hôtelier ; 4° par le médecin. Etudions l'une après l'autre chacune de ces éventualités.

I. — Il est bien difficile, sinon impossible, d'empêcher les malades de lier conversation, de chercher à se renseigner auprès des gens qu'ils rencontrent en chemin de fer ou à table d'hôte, sur les meilleurs médecins de la station, etc. On ne peut que les mettre en garde, les prévenir, en leur recommandant formellement de s'en tenir aux indications qu'on leur donne au départ. S'ils ont confiance dans leur médecin et que celui-ci parle d'autorité, ils l'écouteront.

II. — De même, ils doivent être prévenus que certains établissements thermaux, rares il est vrai, du moins je le pense, favorisent systématiquement et pour des raisons diverses un ou plusieurs médecins de la station au détriment des autres et les recommanderont à l'arrivée, etc. Ce chapitre mériterait des développements. N'oublions pas que plusieurs établissements que je vise appartiennent à des médecins qui sont, en définitive, maîtres chez eux. Mais en tout état de cause, la jurisprudence a établi que tout médecin peut pénétrer dans un établissement thermal pour y suivre et soigner son malade, et sans en venir à invoquer cet arrêt, les médecins, individuellement, ou mieux leurs associations et syndicats, pourront toujours utilement rappeler les dites maisons à leur devoir de neutralité et d'impartialité en les menaçant, s'il le faut, de tous recours et représailles possibles.

III. — Une source de difficultés plus fréquentes résulte de l'influence qu'exerce parfois l'hôtelier sur sa clientèle.

En arrivant à l'hôtel, le malade, spontanément, ou en réponse à une question négligemment posée, dira : « Mon médecin m'a adressé au Dr X... », et l'appréciation de l'hôtelier, sollicitée ou non, de s'ensuivre ; elle est presque toujours intéressée et les malades doivent être soigneusement prévenus que l'hôtelier : 1° n'est pas compétent pour apprécier la valeur professionnelle de tel ou tel médecin, le connût-il depuis longtemps et le vît-il tous les jours ; 2° qu'il peut avoir un intérêt personnel plus ou moins immédiat à favoriser l'un au détriment de l'autre.

En fait, l'hôtelier, dans une ville d'eaux, et en particulier dans les stations de femmes, sait qu'il dispose d'une certaine influence sur sa clientèle et ne se fait pas faute d'en user. Il favorisera tel médicastre de bonne composition, qu'il aura dans la main et dont il fera un peu son factotum. Ce sera le « médecin de l'hôtel » qui se contentera presque toujours d'honoraires dérisoires, et vers qui tout sera prétexte à l'hôtelier pour aiguiller des malades destinés à de plus dignes confrères. L'hôtelier pourra aussi détourner de toute consultation un malade dont la cure aurait besoin d'être étroitement dirigée, suppléera de son mieux à cette direction par ses propres conseils et sous prétexte qu'il connaît les eaux, que le traitement est en définitive toujours le même ; il réussira finalement à s'approprier, sous forme de prolongation de séjour dans son hôtel, l'argent que le malade destinait à la rémunération des soins médicaux dont il s'est passé. Une telle manœuvre n'est pas, si l'on veut, du détournement à proprement parler, mais c'est connexe : et elle est fréquemment pratiquée par les maisons comme auprès des clients de deuxième et troisième ordre. Enfin l'hôtelier peut agir de la même façon tout simplement par vanité, pour s'assurer dans la station une sorte d'importance, de prépondérance qui ne laissera pas, malheureusement, que d'en imposer à de nombreux confrères timorés trop peu sûrs d'eux-mêmes et de leurs droits. Il est aisé de concevoir toutes les conséquences possibles de ces manœuvres.

Que pouvons-nous faire pour empêcher celles-ci, pour en neutraliser ou en atténuer les fâcheux effets ? D'abord prévenir les malades comme nous l'avons dit plus haut. Au besoin, saisir de ces questions les associations de voyageurs affiliées ou non au Touring-Club de France, porter nos doléances au Syndicat des stations balnéaires et sanitaires de France qui possède des moyens d'action, adresser nos protestations collectives au syndicat des hôtels, aux Congrès périodiques des hôteliers. Ces dernières associations sauront comprendre que certains hôteliers maladroits jettent ainsi le discrédit sur leur corporation ou sur une région ressortissant à leur industrie et pourront les rappeler à une plus judicieuse entente de leurs intérêts. Enfin, s'il le faut, le médecin expéditeur dont le malade aura été détourné par l'hôtelier de sa destination médicale, comme le médecin destinataire auquel les manœuvres de l'hôtelier ont pu porter préjudice, seront bienvenus à intenter à ce dernier une action en gros dommages et intérêts pour détournement de clientèle. Une sévère et très légitime condamnation d'un hôtelier pour faits de ce genre devrait recevoir de notre part une très large publicité et la leçon porterait ses fruits.

IV. — J'aborde l'examen de la dernière éventualité. Il est particulièrement délicat, mais très important, et doit être fait avec soin.

Cette fois donc, c'est le médecin, c'est un confrère qui est incriminé d'avoir détourné un malade qui lui est simplement confié vers un médecin autre que son médecin ordinaire, vers un spécialiste, à l'occasion, ou même à son profit personnel pour un temps qui excède celui de la cure thermale nécessaire. Avant, il convient de poser en principe que de deux choses l'une : ou bien le médecin thermal incriminé, que nous appellerons le médecin destinataire, est vraiment bien responsable du malade que lui a confié son confrère expéditeur : c'est le cas où celui-ci peut prouver que la lettre ou la carte confiée au malade ou expédiée directement (1) lui est bien parvenue, ou

(1) Cette expédition directe de la lettre par la poste est le procédé qui offre le plus de garantie. Le malade sera soigneusement prévenu par son médecin ordinaire qu'il est attendu par tel médecin-consultant et que celui-ci est au courant de son cas.

bien le médecin thermal est absolument maître du malade qui lui échoit et n'en doit compte à personne.

Cette distinction me semble très importante à établir, car — et c'est sur quoi je veux insister — ces problèmes déontologiques sont beaucoup plus complexes qu'on ne croit généralement et les causes d'erreurs sont nombreuses. On va le voir par les exemples suivants :

1° Les malades peuvent très bien, au retour, tromper leur médecin ordinaire et lui dire qu'ils se sont adressés au Dr X... alors qu'en réalité ils ont vu le Dr Y... ou même qu'ils n'en ont vu aucun :

2° Ils ne se font pas faute souvent non plus d'ouvrir la lettre que leur a remise leur médecin et de substituer à l'enveloppe première une autre enveloppe à l'adresse d'un autre médecin à qui ils ont décidé de s'adresser de préférence ;

3° Ils arrivent très souvent dans la station porteurs de plusieurs lettres ayant le même objet et émanant de médecins différents qui ont été consultés les uns à l'insu des autres. De ces lettres une seule sera utilisée, et le médecin thermal choisi et adopté par le malade pourra très bien ne pas être celui à qui ce malade était destiné par son médecin ordinaire ;

4° Ces lettres émanant de personnes différentes peuvent être adressées toutes au même médecin thermal et celui-ci, bien entendu, ne doit compte du malade qu'à la personne, qu'au médecin dont on lui donne la lettre. Il ignorera même l'existence des autres expéditeurs qui se croiront à tort des droits et pourront se formaliser de son silence ou de ses procédés.

Bien d'autres éventualités peuvent se produire et vous voyez, Messieurs, à quelles erreurs, à quels fâcheux malentendus peuvent conduire chacune de ces maldonnes, chacun de ces fantaisistes procédés de nos clients. Mais j'abrège et je dis seulement combien le médecin qui adresse un malade à un confrère des eaux doit se montrer circonspect et accumuler de présomptions avant d'incriminer celui-ci ou de le soupçonner seulement d'une incorrection confraternelle. Mais s'il est bien avéré que le malade adressé par le médecin expéditeur est parvenu en bonne et due forme au médecin destinataire, et que celui-ci l'a sciemment détourné vers un autre confrère du point d'origine ou, à l'occasion, vers un spécialiste, chirurgien ou autre, sans s'être assuré de l'adhésion du médecin ordinaire qui le lui a confié, ou bien encore s'il l'a revu ultérieurement comme médecin sans l'assentiment de son confrère, oh ! alors il est inexcusable, je l'abandonne à toutes vos rigueurs.

Il est encore un point au sujet duquel je veux faire quelques réflexions et plaider la cause du confrère des eaux que vous pourriez et que j'ai souvent entendu blâmer. Il s'agit de l'ordonnance écrite comprenant une sorte de programme de traitement consécutif, que nous remettons souvent, à l'issue de la cure, aux malades que vous nous confiez. Ce point mériterait d'être développé. Je me borne à faire remarquer que ce programme, presque toujours purement hygiénique et diététique, nous est demandé par le malade ; que celui-ci a raison de le désirer et que nous restons dans notre rôle en le délivrant parce qu'il constitue en réalité le complément nécessaire de la cure thermale, laquelle n'est pas mathématiquement terminée du moment précis où le dernier bain a été pris, où le dernier verre d'eau a été bu ; enfin que la simple mention à inscrire en tête ou à la fin de la dite ordonnance : « A soumettre à l'approbation du médecin traitant », me paraît une sauvegarde déontologique très satisfaisante et qui doit suffire à écarter la susceptibilité des confrères les plus ombrageux.

Le médecin de ville d'eaux doit consciencieusement engager le malade qui finit sa cure à revoir sans tarder le médecin qui l'a envoyé ; et c'est ce qu'il fait couramment, d'autant plus volontiers d'ailleurs que presque toujours il désire faire constater à son confrère l'heureux résultat du traitement thermal. Mais remarquez, Messieurs, que le malade, déjà plus ou moins amélioré, se dispense très souvent de ce qu'il regarde comme une formalité plus dispendieuse que profitable à sa santé.

Je conclus en vous marquant, Messieurs, combien toutes ces questions sont moins simples, quand on y regarde de près, qu'elles ne paraissent à première vue, combien de difficultés et d'embûches sèment sous nos pas, comme à plaisir, nos clients eux-mêmes, si directement intéressés pourtant à la marche régulière des choses, à l'absolue correction de nos rapports confraternels qu'ils troublent plus ou moins inconsciemment ; combien, par suite, nous devons être méfiants et circonspects à leur égard ; tandis que nous nous devons les uns aux autres un large crédit de confiance, et que la connaissance de tant de causes d'erreurs dans l'interprétation de notre conduite professionnelle réciproque doit nous inspirer, pour l'immense majorité de nos confrères, autant d'intelligente tolérance que d'égards bienveillants.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le banquet obligatoire dans les réunions médicales.

C'était l'année dernière, un lundi de fin d'octobre. Avec mon excellent camarade le Dr Ph. Thadée, de Saint-Paul-Cap-de-Joux, nous faisions les cent pas dans la cour d'honneur de l'Hôtel-de-Ville de Castres et, pour ne pas trop languir en attendant l'heure de la *Réunion générale* de notre Société locale, nous nous entretenions des graves questions professionnelles qui doivent aujourd'hui retenir l'attention du Corps médical. L'assistance médicale gratuite était le pivot de notre conversation sans nous faire perdre de vue les lourdes charges imposées aux médecins par les nouvelles lois sociales et par la tendance de la Société actuelle à grouper les intérêts similaires afin de les mieux défendre. Il se forme ainsi, disions-nous, des groupements, soit financiers, soit philanthropiques, énormes et omnipotents, qui usent et abusent du médecin et qui, n'ayant en vue que de réaliser des

économies ou de faire de la surenchère électorale, les font sur son dos.

Pourquoi se gênerait on ? Le médecin vit isolé, et, par conséquent est faible et désarmé.

Cependant tout a une fin et devant les exigences autocratiques des préfets, des conseils généraux, des Sociétés de secours mutuels, des compagnies d'assurances, etc., le médecin a constitué des syndicats professionnels. Au bloc de l'égoïsme et de l'ingratitude de ses exploiteurs il a opposé le bloc médical. Grâce à ce dernier, un jour viendra peut-être où le médecin ne travaillera plus à « *l'œil* » ou au rabais pour les administrations et les groupements sociaux et où le restant du public l'honorera comme il convient. Grâce à à lui nous verrons peut-être encore les procureurs de la République poursuivre spontanément l'exercice illégal. Grâce à lui encore, le gouvernement ne s'efforcera plus de diminuer de toutes les manières possibles la valeur professionnelle de ce diplôme qu'il nous fait payer si cher de temps et d'argent. Quand ce bloc médical sera complet, il formulera les exigences des médecins, exigences basées sur la raison, et ces exigences devront êtres satisfaites, car elles ne pourront être que justes. Les cadres de ce bloc sont constitués et sont à la hauteur de leur tâche Demain, tous les médecins éparpillés aux quatre coins du pays viendront à eux et le bloc médical sera complètement et définitivement formé pour la lutte.

Cependant, d'ici-là, il est utile de veiller à sa cohésion en fortifiant l'esprit de solidarité, de réciprocité. Cet esprit, quintessence de la bonne confraternité, ne peut naître, se développer et vivre ensuite que par de fréquentes réunions professionnelles.

En même temps qu'il expose aux coups des puissants, l'isolement engendre l'orgueil et l'égoïsme et fait voir dans les confrères non plus des concurrents avec lesquels on doit lutter par l'émulation mais des antagonistes contre lesquels tous les procédés sont bons, pourvu qu'on les neutralise. C'est là un état d'esprit déplorable, car il fait le jeu de tous ceux qui ont intérêt à exploiter les médecins.

Le Syndicat est la meilleure des armes pour faire entendre les revendications légitimes du corps médical et les réunions fréquentes, en mettant les confrères en contact les uns avec les autres, sont parfaites pour dissiper tous les malentendus qui nous aigrissent et nous mettent parfois dans des postures amusantes pour le public.

Pénétrés de cette idée, avec mon ami le Dr Ph. Thadée, nous résolûmes de lui donner une réalisation pratique en soumettant à l'approbation de l'Assemblée générale le principe de l'assistance obligatoire au banquet annuel.

En séance, mon camarade et confrère déposa la proposition du banquet obligatoire.

Elle fut discutée. Certains invoquèrent contre elle le prix élevé du banquet, d'autres leurs affaires.

Mais notre aimable et distingué secrétaire, le Dr P. Bonneville lui donna son appui chaleureux. Elle fut votée et il fut décidé que le banquet serait gratuit. On éleva seulement la cotisation à 20 francs.

Le bien fondé de cette mesure s'est fait sentir cette année.

L'année dernière, y compris les médecins militaires invités, on était seulement une douzaine. Cette année, nous étions 36, sans compter nos collègues militaires qui, chaque année, tiennent à venir au milieu de nous, en ces agapes privées.

Ce fut charmant. Au champagne, le Président, M. le Dr Bonneville père, porte un toast aimable aux confrères de l'armée et à tous les membres de l'Association présents. Le médecin-major Trilhes répondit sur le même ton et fut applaudi vigoureusement. Le Dr Jaurès lui répondit avec beaucoup d'esprit,

Le Dr Thadée, à son tour, nous dit quelque chose et, surtout, nous engagea à nous affilier au *Concours médical*, au *Sou médical*, à la *Caisse de retraites*, à l'*Amicale-maladie*, bref à toutes les œuvres de défense et de prévoyance dues à l'initiative féconde du Dr Cézilly. A lui aussi les applaudissements ne furent pas ménagés car tous nous avions compris les précieux avantages de ces œuvres médicales dont on peut dire qu'elles sont du vrai et du bon socialisme. Immédiatement après, à ma demande, un triple ban fut réservé au Dr P. Bonneville grâce auquel était devenue non seulement viable mais encore une réalité la proposition du banquet gratuit et obligatoire.

Cependant il ne faudrait pas croire que l'on n'aborda que les sujets graves. Notre vénérable président nous chanta quelque chose de sa façon et comme, quoiqu'on en pense, nous ne sommes pas tout à fait des « *bourriquetos* ». avec lui nous reprenions en chœur le refrain.

Enfin la séance fut levée et, un cigare aux lèvres, on s'en alla au cercle vider quelques bocks.

Ce fut, vraiment, une bien belle réunion médicale où la plus franche gaîté ne cessa de régner, où l'on se conta des histoires d'autrefois et où l'on fraternisa en laissant de côté pour un moment les ennuis de la lutte quotidienne. On se sentit un peu les coudes et l'esprit de solidarité devint un peu plus puissant. Encore quelques réunions semblables à celles-là et notre association sera tout à fait vivante et agissante.

L'*invidia* funeste n'existera plus que comme un mauvais rêve et les médecins, au lieu de lutter entre eux, se donneront la main pour s'aider les uns les autres, pour surmonter les difficultés quotidiennes.

Solidement unis, ils feront face, résolument et froidement, contre leurs exploiteurs et leur devise sera : Tous pour un, un pour tous.

Dr Charles Vidal (de Castres).

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Syndicat Médical de l'Arrondissement de Caen.

Séance du 11 octobre 1906.

Présents: 33 membres sur 48 inscrits.

MM. Osmont, président; Auvray (de Dives), Barbier, Bourienne, Catois. Chambon, Chotard, Collet, Damour, Gautier, Gidon père, Gourdier, Hauttement, Lallier, Laurent, Lebourgeois, Lecornu, Léger fils, Lerivrain, Le Roux, Marais, Masson, Meslier, Noury, Parat, Pichereau, Postina, Quermonne, Saussol, Tes-

sel, Tourmente, Vigot, Charbonnier, secrétaire.
Excusés: MM. Barette, James, Gidon, fils, Lefillatre.

Conformément aux nouveaux statuts. les membres absents seront passibles des amendes prévues à l'article 29,

***

Admission de membres nouveaux.—MM. Auvray, Cassé, Frémont, Gosselin Guillet, de Caen, et Jamin, de Creully, sont admis sur leur demande membres du Syndicat.

Sur la proposition de M. le Président, M. le Directeur de l'École de Médecine de Caen est, par acclamation, nommé Président d'honneur du Syndicat.

***

Elections. — Conformément à l'article 26 des statuts MM. Barette, de Caen; Collet, de Foyers; et Damour, de Villers-Bocage, sont élus Membres du *Conseil de famille* pour trois ans.

***

Vérification des comptes du Trésorier.— MM. Bourienne et Catois, chargés de cette mission, rendent hommage à la bonne gestion de notre Trésorier et à la prospérité de nos finances. L'avoir du Syndicat s'élève à 178fr. 75.

***

Certificat d'Etudes Supérieures Médicales. — Le Syndicat prendra part officiellement au mouvement qui se crée pour essayer de faire rapporter le décret instituant un *Certificat d'Etudes Médicales supérieures.* — Ce certificat, dans le but, fort contestable d'ailleurs, d'élever le niveau scientifique des futurs candidats à l'agrégation et aux concours des écoles de province, créerait deux classes de médecins, ce qui reviendrait à rétablir sous une forme à peine déguisée l'officiat de santé justement aboli.

***

Consultations médicales gratuites à la Bourse du Travail.— Le Bureau s'informera s'il est vrai, comme l'annonce un journal local, que des consultations gratuites doivent avoir lieu tous les dimanches matin pour les *Syndiqués et leur famille.* Dans l'affirmative, il y aurait là un gros danger dont le Syndicat médical aurait à se préoccuper.

***

Réclame tendancieuse.— Au dos d'une brochure que fait distribuer dans les campagnes M. Roche, herboriste à Caen, se trouve la photographie de l'institut Botanique du Jardin des plantes. L'auteur a omis (simple oubli sans doute) d'indiquer au dessous de la photographie qu'il s'agissait d'un Laboratoire de la Faculté des Sciences et non d'une installation lui appartenant.

Le Syndicat regrette que la loi ne l'autorise pas à prier M. Roche de cesser cette publication, et signale simplement ce petit fait à la connaissance des confrères pour leur édification personnelle.

***

Recouvrement des honoraires. — Sur la proposition de M. le Dr Gidon fils, le Syndicat fera distribuer aux confrères des bandes gommées, qu'ils pourront eux-mêmes coller dans les lettres de rappel de notes, dans les cas de besoin bien entendu, et sans pour cela y être obligés.

Ces bandes, destinées à faciliter les recouvrements, seront ainsi conçues :

Syndicat médical de l'arrondissement de Caen.

« Par décision du Syndicat Médical de l'Arrondissement de Caen, en date du 11 octobre 1906, les notes d'honoraires demeurées sans accusé de réception *un mois après le premier rappel* seront, pour éviter les frais de correspondance, confiées au service de recouvrements du Syndicat. »

Ces bandes sont à la disposition des Confrères qui en feront la demande au Secrétaire. Prix : 0 35 le cent.

Secours mutuels. — Une longue et très intéressante dicussion s'engage sur cette importante question, menaçante pour le corps médical.

Une réunion de l'Union des Syndicats devant avoir lieu à Caen le 14 octobre. il y avait lieu de donner aux délégués du Syndicat un mandat qu'ils auraient à exécuter lors de la discussion sur l'attitude à prendre par les Syndicats médicaux vis-à-vis des Sociétés de secours mutuels.

D'abord, et à l'unanimité, il est décidé : 1° que les médecins ne devront plus accepter de forfait avec les Sociétés de Secours mutuels; 2° que le mutualiste aura le libre choix de son médecin et 3° que les soins seront rémunérés à la visite.

Lorsqu'il est question du tarif d'honoraires applicable aux mutualités, plusieurs projets sont exposés ;

1° Par M. Damour, qui voudrait voir les médecins ignorer les Sociétés de Secours mutuels et traiter les mutualistes comme des clients ordinaires;

2° Par le Dr Gidon père, qui défend la thèse opposée, prétendant que, dans bien des cas, si nous ne voulons avoir affaire qu'au mutualiste, nous aurons des clients qui ne nous paieront pas.

Une longue discussion s'engage à ce sujet pendant laquelle plusieurs amendements sont proposés, notamment par MM. Noury, Catois, Bourienne, Léger fils, Lecornu.

Finalement, le Syndicat est d'avis d'attendre avant de se prononcer sur cette importante question, que l'Union des Syndicats se soit réunie.

A 5 heures, la séance est levée.

Le soir, à 6 h. 1/2, 14 confrères se sont réunis dans un dîner fort bien servi par le restaurant de Madrid où, suivant le cliché habituel, la plus franche gaieté n'a cessé de régner.

A la demande d'un certain nombre de confrères de la campagne, un déjeuner aura lieu à la place d'un dîner, le jour de la réunion obligatoire d'avril 1907.

N. B. — Une réunion extraordinaire et non obligatoire se tiendra dans la première quinzaine de novembre relativement aux Sociétés de Secours mutuels.

Le Secrétaire,
Dr Charbonnier.

Syndicat Médical de l'Arrondissement de Pontoise.

Assemblée générale du 25 octobre 1906.

Présents : MM. Katz, Georget, Broquet, de Grissac, Thomas, Dupret, Grabias, Fruteau, Guy, Branthomme, Piedallu, Galvani, Darène, Cels,

Almès, Casteneda, Brenane, Hagelstein, Beziat, Rousseau.

Excusés : MM. Josseran, Lardeux, Meunier, Cousinou, Carnette, Cesbron, Rickenback, Okynczic, Gaboriau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le Dr de Grissac entretient ses confrères de la conduite à tenir en règlement d'honoraires pour accidents du travail et leur conseille de ne pas intenter d'action judiciaire avant que le Syndicat ait réuni toutes les pièces et prouvé par de nouveaux certificats de maires que le prix de la visite est de 2 ou 3 francs suivant la localité, sous peine de se voir appliquer par le juge de paix le tarif de 1 fr. 50.

Certains confrères s'étonnent que, malgré les certificats produits, le prix de la visite reste fixé à 1 fr. 50 dans beaucoup de petites communes.

Le Président fait remarquer qu'un arrêté ministériel du 25 juillet 1906 a relevé le prix de la visite à 2 francs à Auvers, Chars, l'Isle Adam, Méry, Mours, Pierrelayl, Presles, Vigny.

Le Dr Katz communique la protestation du Syndicat médical de Lille au sujet de la création du Certificat d'études médicales supérieures. Le Syndicat proteste avec énergie contre la création de ce certificat et adopte les conclusions du Syndicat de Lille tendant à l'abrogation du décret du 25 juillet 1906 qui institue ce nouveau grade.

Le Dr Thomas entretient l'assemblée de la création d'un nouveau Syndicat de la banlieue Est de Paris comprenant des médecins de la Seine et de Seine-et-Oise et demande quelle sera la situation des membres de ce nouveau groupement vis-à-vis du Syndicat de Pontoise. Rien n'empêche d'être membre des deux Syndicats et il y aurait même avantage à développer ces groupements locaux à l'aide desquels les médecins d'un même champ d'action pourraient avoir des rapports plus fréquents, facilitant par là le rôle du Syndicat et le rendant plus fécond et plus actif.

Admission :
Dr Jurquet, de Boissy-l'Aillerie.
Présentations :
Dr Baron, de Saint-Leu.
Dr Pellier, de Domont.
Dr Chazet, de Domont.

Le Secrétaire,
Dr GEORGET.

TRIBUNE DES CORRESPONDANTS

Le secret à l'hôpital. — L'exercice illégal par le clergé.

Novembre 1906.

Mon cher Confrère,

J'ai attendu quatre numéros du *Concours* depuis celui du 21 octobre. Je pensais qu'un des spectateurs du drame du service du docteur Fano, relaté par le docteur Dally, viendrait apporter ses souvenirs ; je comptais notamment sur le docteur Sahuet, de l'Aveyron, — mais, le docteur Sahuet est-il mort ou vivant ? Je ne l'ai pas revu depuis la fin de l'année 1871, — il y a 35 ans. — Si cette lettre tombe sous ses yeux, qu'il sache que j'ai gardé son bon souvenir.

Il était à Paris, pendant le Siège, sous la Commune, à la veille de terminer ses études médicales ; il fut pris comme chirurgien dans l'ambulance du Dr Fano, qui était installée non à l'Hôtel-Dieu, mais au Luxembourg. Voici ce qu'il m'a raconté : La prise de Paris par les troupes versaillaises fut une lutte terrible dans certains quartiers, notamment dans le quartier Latin ; des fenêtres des maisons, les fédérés tiraient sans relâche sur les soldats qui avançaient. Un coup de feu fut-il réellement tiré d'une des fenêtres de l'ambulance, on ne le sut exactement, mais ce fut le prétexte invoqué pour justifier l'irruption d'une bande de soldats dans les salles de l'ambulance. L'état d'exaspération de ces hommes explique, s'il n'excuse, les pires violences exercées sur des blessés sans défense. Le personnel de l'ambulance : chirurgiens, étudiants, infirmiers, fut collé contre un mur et allait être fusillé quand survint un capitaine d'infanterie qui se jeta au-devant de ses soldats et parvint à les arrêter. Je n'ai pas souvenir que le docteur Fano ait été fusillé ; sur ce point, cependant, ma mémoire peut être en défaut.

Autre affaire

Je lis dans le dernier numéro du *Concours*, sous la signature du docteur L., de Saint-Etienne : « Il est inadmissible de tolérer l'exercice illégal par les curés, bonnes-sœurs, etc..., il faudrait que les syndicats saisissent l'évêque..... Ces faits devraient être soumis à l'autorité ecclésiastique, qui, vraisemblablement, ne peut la tolérer (!) »

Le docteur L.., de Saint-Etienne, est un naïf comme je l'ai été moi-même ; qu'il écoute cette histoire :

M. l'abbé D., curé à Paris, avait hérité d'une vieille demoiselle — à la condition d'en faire une bonne œuvre — d'une très belle propriété avec superbe habitation, façon château. Cette propriété est sise tout près d'Alberville. M. l'abbé D. a recueilli un rebouteur réputé — qui a déjà eu maille à partir avec la justice, — M. S. Il lui a accolé un officier de santé, de l'école de Clermont, M. L., ancien pharmacien à Clermont. Pour installer les deux.... associés, M. l'abbé D. a donné un grand dîner. Les curés des environs — pas tous, — mais beaucoup, racolent la clientèle. M. l'abbé D. ne se gêne pas pour dire que l'affaire est fructueuse.

J'ai signalé le fait à M. P., official à Paris. Vous ignorez probablement que M. P. remplit les fonctions de préfet de police de l'archevêché de Paris. J'ajoutais qu'il pouvait se renseigner auprès de Monseigneur L., évêque de T., de M. B..., président des œuvres catholiques de la région, — car je savais que tous deux désapprouvaient *la bonne œuvre* de M. le curé de G.

Qu'en est-il résulté ? Zéro. Le curé a donné les explications qu'il lui a plu de donner. L'archevêché a dû trouver que tout était pour le mieux dans le meilleur des mondes, car ma lettre date du mois de février et rien n'est changé. Les gens continuent à consulter S. comme ils consulteraient un sorcier ou un somnambule — quant à L. il est aussi ignoré que le premier jour, personne ne le connaît, même de nom. Saisir l'autorité ecclésiastique est peine perdue, elle est ou indifférente ou complice.

Veuillez agréer, etc.

Dr J. ARMAND,
correspondant de la Savoie.

CORRESPONDANCE

Le certificat descriptif final de l'accident du travail

13 novembre 1906

Mon cher confrère,

Une question qui peut nous intéresser tous et que je n'ai pas encore vue résolue dans le *Concours*. Le certificat final portant notification de la guérison

et en même temps relation des causes, suites et complications de l'accident, quand il n'y a pas d'infirmité doit-il être tarifé 5 francs dans tous les cas? C'est-à-dire tout accident, quelque minime soit-il, quand il est garanti par une assurance et doit donner lieu à un rapport entraîne-t-il nécessairement ces 5 francs de frais en plus bien entendu des 2 francs du certificat initial ? Par exemple : paillette de fer dans l'œil : certificat initial 2 francs. Extraction de corps étranger de l'œil : 5 francs. Certificat final 5 francs. Total 12 francs pour un accident ayant occasionné une heure d'incapacité de travail.

Avec mes remerciements, l'expression de mes meilleurs sentiments.

D[r] DEBACQ,
à Verberie (Oise).

N. D. L. R. Nous ne pouvons que répéter à ce sujet ce que nous avons dit bien des fois.

« Il y a lieu à certificat descriptif dans le cas où, *en conscience*, le médecin croit devoir, dans l'intérêt d'une ou des deux parties, prévenir que, même après guérison de la lésion apparente actuelle, des conséquences sont possibles, à échéance plus ou moins lointaine, qui remettraient en question la capacité de travail. Et notre nécessaire prudence nous oblige plus souvent qu'on ne le croit à cette précaution. »

Un bon Juge.

Vernon, 12 novembre 1906.

Monsieur et honoré confrère,

Vous avez bien voulu me conseiller pour un procès dans lequel il s'agissait de faire payer mes honoraires à des clients qui s'y refusaient, en invoquant une erreur de diagnostic. Le juge de paix les a condamnés à payer, considérant :

1° Que l'erreur de diagnostic n'était pas établie ;

2° Que même si elle était établie elle ne dispenserait pas du paiement des honoraires parce qu'une erreur de diagnostic n'a jamais été considérée, en soi, comme une faute dont le médecin soit responsable.

Veuillez agréer, etc.

D[r] RAOUL

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Le congrès d'exercice illégal a tenu ses assises. Successivement, les parasites de la profession médicale, rebouteurs, ventouseurs, masseurs, bandagistes, opticiens, ont été traînés sur la claie en compagnie des réclamistes sans vergogne. Seul, le charlatan forain paraît avoir été épargné. L'immunité du drôle n'est pas faite pour nous étonner. Qui donc oserait toucher aujourd'hui aux malandrins de toutes robes qui tiennent le haut du pavé ?

Malgré la sincérité de leurs convictions et la scrupuleuse conscience de leurs travaux, les membres du Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine ne paraissent pas s'être fait grande illusion sur la portée réelle de leur démonstration (1). On sent très bien que le danger n'est pas dans le parasiticisme qui guette de tous côtés la profession médicale. Le mal est plus profond ; il réside dans la mentalité même du médecin qui ne veut ou ne peut se rendre un compte exact du rôle qui lui est assigné dans une société en voie d'évolution. Le développement de l'instruction, et surtout de cette instruction plutôt vulgarisatrice à outrance que réellement éducatrice, a créé une nouvelle maladie mentale, une sorte de criticisme chronique s'étendant à tout et plus particulièrement à tout ce qui concerne l'art de guérir. Peu à peu, le médecin, — comme le prêtre et plus même que le prêtre — se dépouille de son caractère mystique et sacerdotal pour devenir un simple artisan dont on appprécie le travail à la jauge commune. Force est donc de tenir compte de cet état d'esprit pour qui veut exercer aujourd'hui l'art médical, et surtout — pour qui veut vivre de la profession médicale.

(1) Nous faisons toutes réserves sur cette appréciation, sans nous inscrire d'ailleurs contre les idées dont l'auteur la fait suivre. N. D. L. R.

***

Nous ne pouvons ici, dans les limites étroites d'une simple chronique, exposer toute notre pensée sur ce point délicat. Nous nous contenterons donc de signaler une des principales fautes commises journellement par les jeunes médecins et nous essayerons de voir s'il peut y être porté remède.

Le médecin doit constamment lutter contre les parasites de la profession, parce qu'il ne sait pas ou ne veut pas prescrire. Le malade qui appelle un médecin veut — passez-moi cette expression — en avoir pour son argent. Si on ne lui ordonne rien, il en conclut que l'on hésite, que l'on *ne sait pas* ! Dans cet état d'esprit, à la fois prétentieux et simpliste, produit par l'instruction moderne, le scepticisme côtoie la crédulité. A peine sorti de notre cabinet, ayant en main l'ordonnance contenant de vagues prescriptions hygiéniques, le malade s'épanche dans le sein du premier ami qu'il rencontre.

— Que vous a-t-on ordonné ?

— Rien, ou à peu près rien.

— Croyez-moi, mon cher, ce médecin ne *connaît pas votre tempérament*, allez donc voir le docteur un tel, il m'a donné des cachets qui font merveille ; voulez-vous mon ordonnance ? Ou demandez plutôt à mon pharmacien de vous faire quelques-uns de ces paquets : vous m'en direz des nouvelles.

Si cette consultation illégale n'est pas donnée par l'ami, elle est donnée par le concierge, qui croit devoir s'apitoyer sur la démarche languissante de son locataire. Le patient ne saurait d'ailleurs se dérober à l'obsédante charité de ses concitoyens. Dès qu'il s'est offert, comme dit La Bruyère, l'équipage d'un homme qui a pris maladie, chacun se croit forcé de lui donner des conseils et surtout de l'engager à prendre telle ou telle drogue ; la médication intensive se présentant à l'esprit comme l'unique issue en pareille occurrence. Tout le monde prescrit... sauf le médecin. Tout le monde est donc écouté, sauf le médecin. Ce n'est vraiment pas la peine d'acquérir péniblement un diplôme pour arriver à ce piteux résultat.

***

Voyons maintenant pourquoi le médecin ne prescrit pas ou prescrit insuffisamment. Les causes de cette abstention sont multiples.

Tout d'abord, le médecin ne prescrit pas parce qu'il a vu ses maîtres professer un tel scepticisme thérapeutique qu'il croirait déchoir et paraître

vieux jeu en n'exagérant pas cette sorte de nihilisme. Il n'oublie qu'une chose : c'est que sa position diffère beaucoup de celle de ses maîtres. Il ne s'agit pas pour lui de rendre à l'occasion une sentence arbitrale, ou de faire devant des élèves attentifs et respectueux une leçon sur tel ou tel sujet controversé. Il ne peut s'enfermer dans une tour d'ivoire. Dès qu'un malade l'a choisi, c'est lui, médecin, qui est en quelque sorte le prévenu dans cette instance que le malade engage pour recouvrer la santé ; c'est lui, médecin, dont les hésitations, les défaillances, les contradictions seront interprétées sans la moindre indulgence par l'entourage de ce dernier.

Le médecin ne prescrit pas, parce que la matière médicale actuelle lui offre trop de médicaments et surtout trop de ces médicaments éphémères dont le public connaît le nom avant que lui, médecin, ait eu le temps de l'apprendre. Une vingtaine de médicaments, à propriétés physiologiques rigoureusement étudiées et à posologie bien connue, devraient constituer tout l'arsenal du jeune médecin. Libre à lui d'élargir plus tard le cadre de sa thérapeutique quand il aura acquis cette sûreté de main qu'une expérience prolongée peut seule donner.

Qu'il médite l'aphorisme du professeur Landouzy, affirmant que son meilleur travail, lors de son passage à la chaire de thérapeutique, avait été de contribuer à la suppression de quelques médicaments.

*
* *

Ne vous bornez donc pas à recommander à votre client ces prescriptions hygiéniques qui, pour être fondamentales, ne s'imposent pas à l'esprit d'un malade, insuffisamment éduqué sur ce point. Dans quelques lustres, grâce à l'*éducation intégrale* (!) que l'on nous promet, chacun comprendra l'importance de l'hygiène et se conformera à ses prescriptions, mais, pour l'instant, il faut autre chose au malade.

Voyez plutôt l'homéopathe ; est-il un médecin qui ait su garder mieux que lui la confiance du malade ? Ses granules, ses gouttes à posologie infinitésimale sont religieusement absorbées et par entraînement, ses prescriptions hygiéniques sont scrupuleusement observées. Occupez donc l'esprit de votre malade, si vous ne voulez pas que d'autres se chargent imprudemment de ce soin.

Puisque vous n'avez pas, comme le chirurgien, la ressource de rendre indiscutable la matérialité de votre intervention, ingéniez-vous du moins à sauver les apparences aux yeux de votre malade, et si vous vous croyez réellement désarmé contre le mal dont il souffre, n'en laissez du moins rien paraître. Voyez comment procèdent ceux qui réussissent à captiver la confiance du public: ne croyez pas que ce soit par charlatanisme qu'ils prescrivent de longues ordonnances, concernant la diététique, l'hygiène et la médication. Ils suivent la tradition des Gubler et des Germain Sée. Leur caisse ne s'en porte pas plus mal et leurs clients sont satisfaits. Avec eux, il ne saurait y avoir place pour l'exercice illégal de la médecine ; toute l'attention du malade étant accaparée, le parasiticisme ne peut plus s'exercer. Les abeilles diligentes et avisées ne s'inquiètent pas de la concurrence des pucerons.

(In *Tribune Médicale.*) G. M.

Payés par le château pour couvrir l'exercice illégal du curé?

On lit dans le *Cri de Paris*, 4 novembre 1906, n° 510, l'entrefilet ci-dessous dont nous nous sommes permis de reproduire en italique les deux dernières phrases, parce qu'elles comportent une étrange assertion à l'égard de confrères de S. et O. qui ne se doutent peut-être pas du rôle qu'en leur fait jouer s'il y a quelque fondement à toute cette histoire.

X... Tout médecin qui vient planter sa tente en ce coin de Seine-et-Oise touche des rentes. Parfaitement. De belles et bonnes rentes — servies par une duchesse ! Vous plaisantez ? Pas le moins du monde. Le *Cri de Paris* veut le bonheur de tous les médecins. Aussi, sommes-nous dans la jubilation de pouvoir leur offrir un « tuyau » utile. Suivez.

« X. a un château qui appartient à une duchesse douairière. X. a une église. L'église de X. a un curé. Le curé de X. a une manie : celle d'exercer la médecine, illégalement, Or, toute la région autour de X., a des médecins. Ces médecins et le curé se regardaient, autrefois, en chiens de faïence. Ils se font risette maintenant. Comment cela ? Mais par la grâce toute puissante de Mme la duchesse douairière.

M. le curé de X., grand thérapeute, a, tous les jours, à sa consultation, tout près de cent malades. Même il en vient de l'étranger. Sans plus se soucier de la loi du 30 novembre 1892 qu'un poisson d'une pomme. M. le curé rédige des ordonnances. Cela fait, il délivre des médicaments, ce qui prouve qu'il professe un mépris égal par la loi du 21 germinal an XI. Mais, avant de pouvoir ainsi s'asseoir, impunément, sur les rédactions de nos législateurs, M. le curé avait eu quelques petits ennuis. Ne s'avisait-il pas, le malheureux, de ressusciter des patients que les *mortem colentes* du département conduisaient en douceur aux sombres rives de l'Achéron ? Il y eut une levée de lancettes splendide. Les chats-fourrés furent invités à insinuer leurs museaux dans les formidables dossiers réunis contre le prêtre. Procès, amendes dommages-intérêts : toute la lyre. Par bonheur une duchesse veillait.

Vous avez vu, au théâtre, la *Dame Blanche* ? Eh bien ! Mme la duchesse fut la dame blanche. Elle paya tout. Elle paya pour le passé et le présent. *Et, ce qui est beaucoup plus fort, elle paye pour l'avenir ! ! Les médecins des environs se tiennent cois et émargent, comme relevance de la neutralité, les quartiers de la juste et préalable indemnité que leur verse, chaque trimestre, l'intendant de Mme la duchesse douairière* ».

(*Le Cri de Paris*, n° 510, 4 novembre 1906.)

REPORTAGE MÉDICAL

La déclaration de la tuberculose devant le Syndicat de Lille. — M. le docteur Lambin attire à nouveau l'attention du syndicat sur cette question. A la suite de cette communication, le syndicat vote à l'unanimité l'adoption des conclusions d'un rapport fait en 1902 par M. le docteur Lemière, et que nous rapportons ci-dessous :

Conclusions. — Le Syndicat médical de Lille et de la région,

Proteste à nouveau contre la violation du secret professionnel qui est imposé aux médecins par l'ar-

ticle 16 de la loi du 1er décembre 1892 et qui est maintenu dans l'article 4 de la loi sur la protection de la santé publique qui est actuellement en discussion ;

Approuve le principe de la nécessité de la déclaration des maladies contagieuses et épidémiques, à la condition que celle-ci soit imposée aux malades, c'est-à-dire à leurs parents, ou à défaut de ceux-ci, aux logeurs, et invite les sénateurs et députés à demander la modification dans ce sens de la loi sur la protection sur la santé publique :

Demande la modification de l'article concernant la désinfection obligatoire et propose la rédaction suivante : « *La désinfection est obligatoire dans tous les cas de maladies contagieuses ; elle ne sera appliquée administrativement que sur la demande du médecin traitant ou lorsque celui-ci n'aura pas déclaré avoir fait prendre toutes les mesures nécessaires* » ;

Insiste sur l'intérêt majeur qu'il y a à n'inscrire dans la liste des maladies à déclarer que celles dans lesquelles la contagion peut sûrement être arrêtée par des mesures administratives, et demande instamment que la tuberculose ne figure pas sur cette liste ;

Dans le but de diminuer le nombre des cas de contagion, surtout dans les maladies transmissibles chroniques, comme la tuberculose, propose aux Pouvoirs publics d'inscrire dans la loi sur la protection de la santé publique, l'obligation de la désinfection de tout immeuble à chaque changement de locataire.

Lille, le 21 décembre 1901.

Le Syndicat adopte ensuite à l'unanimité la proposition suivante :

Le Syndicat médical de Lille et de la région donne mandat à son bureau de porter cette question de la déclaration des maladies contagieuses devant la Fédération et les syndicats fédérés, et décide que le *Bulletin*, dans lequel sera inséré cet ordre du jour, sera envoyé à ses frais à tous les syndicats médicaux de France, aux principaux journaux de médecine, au docteur Lancereaux, président de l'Académie de médecine, et aux députés et sénateurs médecins.

L'assistance médicale gratuite au Conseil général des Ardennes. — Au cours d'une discussion énergiquement soutenue par nos confrères Gairal et Doizy, M. le conseiller général Ollivet s'est attiré cette verte réplique de son collègue le Dr Doizy :

« ... La loi du 15 juillet 1893 a été une des premières lois de solidarité que la République ait proclamées.

Pour le plus grand bien des déshérités et des malheureux, la *collectivité tout entière* doit, légalement, être responsable de son application financière et, à ce point de vue, les médecins doivent être traités comme tous les autres citoyens ; ils ne peuvent tout à la fois, être taxés comme contribuables et lésés comme professionnels. » (Séance du 23 avril 1906 p. 1817)

La tuberculose chez les instituteurs de la seine. — M. Marquez, pharmacien à Clichy, conseiller général de la Seine, a déposé le 2 novembre la proposition suivante :

« Le Conseil général,

« Considérant les dangers de la tuberculose, si fréquente parmi les membres du corps enseignant du département de la Seine ;

« Considérant qu'il est d'une sage prévoyance de donner à nos instituteurs, les moyens pratiques et rapides de combattre ce fléau dès les premiers symptômes ou manifestations inquiétantes ;

« Considérant que, pour atteindre ce résultat, il suffit de subventionner les cliniques de laryngoscopie existantes et présentant des garanties scientifiques,

« Délibère :

« Une subvention, *à déterminer*, sera votée aux cliniques laryngoscopiques choisies par l'Administration et qui voudraient bien donner, à nos instituteurs malades, les soins *urgents* que réclamerait leur état. »

Paris, le 2 novembre 1906.

Signé : Marquez

La défense de l'électrolyse linéaire. — Sous ce titre, M. Fort a fait une communication au Congrès de radiographie de Milan. Le Dr Fort a présenté un grand nombre d'observations ; il a montré la supériorité de son procédé sur l'urétrotomie interne et il a fait justice des attaques violentes, dont son procédé a été l'objet. Après la lecture de sa communication, M. Fort a reçu les félicitations des membres du bureau qui ont déclaré que ce nouveau procédé doit prendre un rang honorable parmi les opérations qui se pratiquent sur les voies urinaires.

Faculté et hôpitaux

M. le Prof. Paul Berger a commencé son cours de clinique chirurgicale le mercredi 20 novembre à 10 heures à l'hôpital Necker et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

— M. Rieffel, agrégé a commencé son cours d'anatomie le jeudi 15 novembre à 4 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique et le continuera les samedi, mardis et jeudis suivants à la même heure. Objet du cours : Thorax et cou.

— M. P. Legendre recommencera ses conférences de pratique médicale (thérapeutique et déontologie) le samedi 17 novembre à 10 heures 1/2 à l'hôpital Lariboisière et les continuera les samedis.

— M. A. Béclaire, médecin de l'hôpital Saint-Antoine a commencé le dimanche 18 novembre, à 10 heures du matin dans son laboratoire de l'hôpital une série de conférences sur le cancer et la radiothérapie et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Programme des conférences : 1° L'état actuel de la question du cancer ; 2° La radiothérapie du cancer, ses succès ; 3° La radiothérapie du cancer, ses insuccès ; 4° La radiothérapie du cancer, ses méfaits ; 5° La radiothérapie du cancer, ses indications : 6°; La radiothérapie du cancer, sa technique; 7° La lutte contre le cancer.

— La 2e série des cours pratiques faits par d'anciens internes aura lieu du 26 novembre au 15 décembre 1906. Conçus dans un esprit absolument pratique, ils s'adressent aux étudiants à la fin de leurs études, et aux praticiens. Chaque cours comprend 9-10 leçons qui se suivent à deux jours d'intervalle, les heures différentes permettent de suivre plusieurs cours. Pour chaque cours, le droit d'inscription est de 20 francs.

La 3e série comprend les cours suivants ; Lundi, mercredi, vendredi : Hydrologie : M. Esmonet. — Larynx, nez, oreille : M. Grivot. — Maladies nerveuses, M. Rose. — Chirurgie journalière, M. Hughier. — Voies urinaires, M. Lavenant. — Orthopédie, M. Tridon. — Obstétrique, M. Lequeux. — Mardi, jeudi samedi : Gynécologie, M. Bender. — Peau, M. Lenglet. — Thérapeutique générale, M. Oppenheim. — Estomac et intestins, M. Lippmann. — Mal des enfants, M. B. Ball. — Electrothérapie, M. Delherm. Pour programmes et inscriptions s'adresser à M. Minet 15, rue Malebranche, ou à M. Ball, les lundis, mercredis, vendredis, de 2 heures à 4 heures.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON

3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodique médicales.

Vingt-huitième année N° 48 2 DÉCEMBRE 1906



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

XIIIe ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION AMICALE

des Médecins Français pour l'indemnité-maladie.

19 novembre 1906.

La séance est ouverte à dix heures du matin, au siège social, 23, rue de Dunkerque, sous la présidence de M. le Dr Maurat, assisté de MM. H. Cézilly, vice-président ; Lepage, délégué de l'Association Générale ; Mignon, secrétaire général ; Gassot, trésorier ; Fleury, actuaire ; Jeanne, secrétaire des séances.

Allocution du président.

Mes chers Confrères,

Il nous a été impossible, à notre grand regret, de vous réunir hier, comme les années précédentes, dans les salons du restaurant Marguery et nous avons été obligés de vous convoquer plus modestement au siège social, car le temps nous manquait et nos autres Sociétés filiales absorbaient tous nos instants.

Dans les familles nombreuses comme la nôtre, quand un enfant est casé, quand son avenir est assuré, on ne l'aime certainement pas moins, mais on reporte naturellement tous ses efforts sur les autres plus jeunes pour travailler à leur avenir et assurer leur succès définitif. C'est ce que nous avons dû faire hier pour nos sociétés plus jeunes et je vous remercie de l'empressement que vous avez bien voulu mettre cependant, aujourd'hui, à assister à notre réunion malgré la gêne qu'ont pu en éprouver quelques-uns d'entre vous.

Nous voilà arrivés à notre 13e année d'exercice et à notre deuxième inventaire statutaire ; vous avez pris connaissance dans le n° 44 du *Concours médical* de tous les rapports qui y ont été publiés, et vous avez pu vous convaincre que la prospérité de notre œuvre est toujours grandissante. Qu'il me soit permis, ici, d'en reporter le mérite, d'abord à notre premier actuaire M. Léon Marie qui en a établi les bases avec une solidité si parfaite que toutes ses prévisions s'accomplissent, en second lieu, à son digne successeur, M. Fleury, notre actuaire actuel dont les conseils nous sont toujours si précieux, et enfin à notre cher Gassot, le trésorier modèle, ainsi qu'à notre secrétaire général si dévoué, M. le Dr Mignon. C'est à eux que nous devons toute notre reconnaissance et je suis certainement votre interprète en leur adressant tous nos remerciements. Il serait injuste de ma part de ne pas remercier également le Conseil tout entier de l'Association générale des médecins de France qui, par les mains de son trésorier, vient si discrètement en aide à ceux de nos sociétaires qu'une gêne momentanée ou des malheurs immérités empêchent d'acquitter leur cotisation annuelle.

Après avoir accompli ce devoir si doux à remplir, je ne veux pas plus longtemps abuser de vos instants en revenant sur des questions traitées avec compé-

tence dans les différents rapports qui vous sont passés sous les yeux. Je ne veux retenir que quelques chiffres qu'il est bon de souligner pour l'édification des trop nombreux confrères qui ne sont pas encore venus à nous. Vous avez pu verser 70.000 fr. d'indemnités en 1905 et distribuer depuis douze années 360.777 fr. à nos confrères malades, soulageant ainsi bien des peines ; et, malgré ces grosses dépenses, après un minutieux inventaire, notre actuaire, chiffres en mains, nous prouve que nous possédons encore dans nos caisses, non seulement la réserve mathématique nécessaire pour faire face à l'accroissement forcé des indemnités annuelles, soit 242.534 fr. mais encore un véritable boni de 37.562 fr. mis de côté en supplément comme réserve de prévoyance. Comment ne pas être heureux et fiers en présence de pareils résultats ?

Une ombre de tristesse s'étend cependant sur ce brillant tableau, quand on songe que, depuis 12 années, nous n'avons pu réunir encore que 1100 membres, quand on songe que chaque jour l'exercice de la profession médicale devient plus difficile et que les plus heureux ne sont pas à l'abri des fâcheux retours de fortune. C'est à vous qu'il appartient, dans vos réunions syndicales, dans les diverses sociétés auxquelles vous appartenez, dans les conversations particulières, de faire effort pour amener à nous, tous ces imprévoyants et de porter la bonne parole autour de vous.

Nous n'aurons pas, je l'espère, fait appel en vain à votre précieux appui pour la propagande autour de notre œuvre. (*Applaudissements.*)

Rapport du Trésorier.

M. Gassot, *trésorier, donne lecture du rapport suivant :*

Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter les comptes de notre Association Amicale pour l'année 1905.

Au 31 décembre 1905, l'Association amicale comptait 1.086 membres, savoir :

534	membres inscrits	à la combinaison A.
2	—	à la combinaison 1/2 A.
506	—	à la combinaison B.
12	—	à la combinaison 1/2 B.
32	—	à la combinaison C.
1086		

On sait qu'au point de vue de l'indemnité maladie, les membres de la combinaison C sont absolument assimilés à ceux de la combinaison A. On pourrait donc dire que la combinaison A compte en réalité 568 membres.

Je dois faire immédiatement remarquer que ces chiffres, de même que ceux qui suivront d'ailleurs, pourront différer de ceux que j'avais indiqués dans les comptes provisoires donnés lors de l'Assemblée générale du 19 novembre 1905. Il a fallu, en effet, pour l'inventaire, tabler sur une situation absolument nette et je dois ici donner les chiffres exacts.

Recettes.

Les recettes de l'année 1905 se sont élevées à 101.074 fr. 76, savoir :

Cotisations	92.099 fr.	20
Intérêts	6.797	36
Recouvrements et rappels	871	55
Dons	98	60
Dons	220	»»
Remboursements de valeurs	988	05
Total	101.074 fr.	76

Dépenses.

Les dépenses, pendant la même année, se sont élevées à 87.492 fr. 45, savoir :

Matériel	11 80	
Impressions	198 50	
Frais de poste	526 95	
Recouvrements et rappels	264 35	
Timbres-quittances	210 90	4.038 fr. 50
Frais de trésorerie	59 60	
Frais de bureau	2600 »»	
Déplacement des membres du conseil	166 40	
Indemnités-maladie		69.690 fr. 75
		73.729 » 25
Pour ordre :		
Versements à la caisse des pensions	13.613 20	13.763 » 20
Remboursements par ristournes	150 »»	
Total :		87.492 » 45

Balance des comptes.

Si au total des recettes de l'année		101.074 76
On ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre 1904	15.301 24	
Moins ce qui était dû au trésorier à la même époque	4.971 59	10.329.65
On trouve		111.404 41
Et si l'on déduit les dépenses de l'année		87.492 45
Il reste un excédent de		23.911 96

dont emploi a été fait de la manière suivante :

Achat de valeurs :		
40 obligations du gouvernement général de l'Algérie 1902		18.200 »»
1 obligation du département de l'Aude, 3,44 %		488 25
1 oblig. chemin de fer Grand Central 3 %.		449 25
		19.137 50
2° Espèces :		
A la Société Générale	4.248.70	
En caisse	525.76	4.774 46
Total égal		23 911.96

Avoir de l'Association Amicale au 31 *décembre* 1905.

L'avoir de l'Association, les valeurs étant comptées au cours du 31 décembre, se décompose ainsi :

1° Portefeuille

600 fr. Rente française 3 % fr.	19.800 »»
30 obligations tunisiennes 3 % 1892	14.490 »»
40 obligations gouvernement général de l'Algérie	18.400 »»
20 obligations département de l'Aude 3,44 %	9.860 »»
20 obligations ville de Paris 2 % 1899	8.580 »»
30 obligations chemin de fer de l'Est 3 % anciennes	13.905 »»
10 obligations chemin de fer de l'Est 3 % nouvelles	4.660 »»
40 obligations chemin de fer P. L. M. 3 % anciennes	18.820 »»
20 obligations chemin de fer P. L. M. 3 % nouvelles	9.300 »»
30 obligations chemin de fer du Midi 3 % anciennes	14.085 »»
60 obligations chemin de fer Grand Central 3 %	27.960 »»
120 obligations chemin de fer de l'Ouest 2,5 %	50.040 »»

30 obligations chemin de fer de l'Est algérien 3 %.........		13.785 »»
15 obligations Banque hypothécaire 1880		8.550 »»
20 obligations foncières 1883...........		9.140 »»
Total............		241.375 »»
2° Espèces :		
A la Société générale..........	4.248 70	
En caisse....................	525 76	4.774 46
Total...............		246 149 46
Déduction de l'avoir à la Caisse auxiliaire		3.615 25
Reste................		242.534 21

Caisse auxiliaire.

Au 31 décembre 1904, elle possédait.......		3.406.65
Nous lui avons versé le montant des amendes...................	220 »»	
Et celui des dons sans affectation spéciale..........................	88 60	308 60
Son encaisse s'élève donc à..........		3.715 25
Mais elle a versé à un confrère une somme de..................................		100 »»
Il lui reste donc un avoir de........		3.615 25

Le Conseil d'Administration vous demande, Messieurs, de vouloir bien approuver ces comptes.

M. le Président Maurat prie M. Lepage de vouloir bien donner lecture du rapport des commissaires des comptes en l'absence de M. le Dr David.

Rapport des contrôleurs.

Messieurs et chers Confrères,

Vos contrôleurs étaient convoqués le 15 octobre dernier au siège social pour procéder à la vérification du compte du trésorier.

M. le Dr Blache délégué de l'Association générale a été empêché au dernier moment de se rendre à la réunion, mais il a été suppléé par le Dr Lepage, membre, lui aussi, du bureau de cette même Association.

Mon collègue le Dr Groussin a été retenu chez lui par une indisposition.

Nous avons donc procédé avec le Dr Lepage à l'examen des comptes.

La tâche a été facile.

Notre trésorier a une comptabilité qui brille par la netteté : nous avons constaté la parfaite concordance des chiffres de recettes et de dépenses dans les différents livres : aucune erreur n'a été relevée.

Le Dr Gassot nous a présenté également les comptes individuels de chaque sociétaire qu'il vient de faire établir : c'est là une œuvre de longue haleine qui a exigé beaucoup de temps et de patience.

Nous avons eu entre les mains les récépissés de toutes les valeurs formant l'Avoir de l'Amicale : notre capital approche 250 mille francs et se trouve déposé à la Société générale.

Messieurs et chers confrères, vous pouvez avoir la plus grande confiance en la gestion de votre trésorier : elle est irréprochable.

Nous vous demandons d'approuver les comptes de l'année 1905 et de voter de chaleureux remerciements à M. le Dr Gassot, qui fait la preuve d'un zèle et d'un dévouement peu ordinaires.

Dr David, Dr Lepage.

(*Les comptes du trésorier sont approuvés avec vives félicitations*).

M. le Président Maurat : Vous savez, Messieurs, que nous avons ajourné jusqu'après l'inventaire statutaire de 1905 un certain nombre de questions: nous allons avoir à les examiner, mais auparavant, je prie le Trésorier et Monsieur Fleury, notre actuaire si dévoué, de vous donner connaissance des résultats de cet inventaire et des statistiques qui peuvent en découler.

M. Gassot, trésorier : Je crois utile, tout d'abord, d'arrêter un instant votre attention sur la marche de l'Association amicale depuis sa fondation :

1° Marche de l'Association depuis sa fondation.

Fondée au 1er janvier 1894, l'Association amicale débutait avec 56 membres et arrivait en fin d'année avec 167 membres, 9.766 fr. 94 de recettes et 1.607 fr. 70 de dépenses.

Au 31 décembre 1905, c'est-à-dire après douze années d'existence, elle compte 1.090 membres : ses recettes s'élèvent à 101.074 fr. 76, ses dépenses à 87.492 fr. 45 et ses réserves atteignent la somme rondelette de 246.149 fr. 46.

Il est intéressant de s'arrêter un instant à examiner la marche qu'elle a suivie pour arriver à ce résultat.

D'abord l'accroissement du *nombre de ses membres* :

En 1894...................	167
En 1895...................	287
En 1896...................	371
En 1897...................	445
En 1898...................	502
En 1899...................	572
En 1900...................	650
En 1901...................	744
En 1902...................	837
En 1903...................	930
En 1904...................	1014
En 1905...................	1086

C'est une moyenne de 90 par an, chiffre qui serait vite dépassé, n'était l'apathie invincible du Corps médical.

Maintenant, la *progression des recettes* :

En 1894..............fr.	9.766 94
En 1895.................	20.401 87
En 1896.................	29.984 53
En 1897.................	36.729 39
En 1898.................	42.118 36
En 1899.................	48.926 83
En 1900.................	57.845 47
En 1901.................	60.705 26
En 1902.................	70.351 39
En 1903.................	81.653 54
En 1904.................	93.518 77
En 1905.................	99.909 20
Total.............	648.911 55

C'est donc un total de 648.911 fr. 55 que l'Amicale a encaissé pendant ces douze années (1).

Voyons comment elle s'est acquittée de ses devoirs :

Elle a versé comme indemnités :

En 1894	à 3 sociétaires	......	370 »»
En 1895	à 23	—	3.400 »»
En 1896	à 34	—	11.003 25
En 1897	à 51	—	17.026 30
En 1898	à 58	—	18.939 45
En 1899	à 67	—	22.792 80
En 1900	à 106	—	38.772 65
En 1901	à 100	—	31.586 20
En 1902	à 137	—	41.508 35
En 1903	à 143	—	48.688 15
En 1904	à 172	—	64.999 30
En 1905	à 195	—	69.690 75
		Total	368.777 20

(1) Il n'est tenu compte ici que des recettes réelles et non des recettes pour ordre qui figurent dans les comptes annuels.

Elle a, en douze années, servi des indemnités à 485 de ses membres sur un total de 1225, et elle leur a versé la somme de 368.777 fr. 20 !

Veut-on la *Balance générale des comptes* pour ces douze années ?

Les recettes ayant été de		648.911 55
Les indemnités-maladie de..	368.777 20	
Et les dépenses d'administration	23.510 07	392.287 27
Il reste		256.624 28
Et si l'on retranche, pour ordre :		
Les versements à la caisse des pensions de retraites.	13.613 20	
Les remboursements par ristournes	1.066 »»	14.679 20
Il reste un excédent de		241.945 08
Si l'on ajoute la plus-value du portefeuille		589 13
On retrouve l'avoir déjà connu		242.534 21
Et enfin avec la Caisse auxiliaire		3.665 25
On obtient		246.149 46

Il nous a paru nécessaire de donner tous ces chiffres qui montrent la marche ascendante de l'Association amicale et qui ont servi de base à l'inventaire que prescrivaient les statuts à la fin de la deuxième période sexennale.

2° Inventaire général au 31 décembre 1905.

Il importait, avant de procéder à l'inventaire général, de dresser le compte propre de chaque combinaison, c'est le travail auquel s'est livré votre trésorier.

Les combinaisons A et 1/2 A, d'une part, B et 1/2 B, de l'autre, ont été réunies. La combinaison C se fond naturellement dans la combinaison A.

Combinaison A.

	Combin. A	Comb. 1/2 A.	Totaux
1° Nombre des membres inscrits...	635	3	638
Nombre des membres actuels....	567	2	569
2° Nombre des journées de perception	1.151.552	9.589	1.161 141
3° Nombre des journées de maladie à 10 fr. par jour.	15.125	45	15.170
Nombre des journées de maladie à 100 fr. par mois	10.191	»	10.191
4° Cotisations encaissées	240.077 55	1.135 50	241.213 05
5° Sommes versées pour indemnités	162.409 80	175 »»	162.584 80

Total des recettes pour A et 1/2 A...	261.247 86
Total des dépenses	175.970 98
Reste avoir : ..	86.276 88

Combinaison B.

	Combin. B	Comb. 1/2 B	Totaux
1° Nombre des membres inscrits....	571	16	587
Nombre des membres actuels....	509	12	521
2° Nombre des journées de perception	1.196.086	22.153	1.218.236
3° Nombre de journées de maladie à 10 fr. par jour	14.899	199	15.098
Nombre des journées de maladie à 100 fr. par mois	22.930	1.118	24.048
4° Cotisations encaissées	344.217 20	4.116 05	348.333 25
5° Sommes versées pour indemnités	203.511 05	2.681 35	206.192 40

Total des recettes pour B et 1/2 B	379.593 94
Total des dépenses	223.926 74
Reste avoir	155.668 20

Récapitulation.

Recettes.

Combinaisons A et 1/2 A....	262.247 86	
Combinaisons B et 1/2 B....	379.593 94	641.841 80

Dépenses.

Combinaisons A et 1/2 A....	175.970 98	
Combinaisons B et 1/2 B....	223.925 74	399.896 72
Reste avoir		241.945 08

Réserves mathématiques.

De son côté, M. Fleury, notre actuaire, faisant le calcul des réserves mathématiques pour chacun des membres actuels de chacune des combinaisons, trouvait :

Combinaison A	72.555 25	
Combinaison 1/2 A	246 50	72.812 75
Combinaison B	130.251 50	
Combinaison 1/2 B	1.318 75	131.570 25
Total		204.383 »»

C'est d'après ces données que M. Fleury a pu dresser l'inventaire dont il va lui-même vous donner lecture.

Rapport de M. Fleury, actuaire.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter les résultats de l'inventaire de l'Association amicale des Médecins français à la date du 31 décembre 1905.

A cette époque, l'actif de l'Association, selon les états très détaillés qui m'ont été fournis par votre trésorier, s'élevait à 246.149 fr. 46, se décomposant en :

Valeurs au cours du 31 décembre 1905...	241.375 »»
Espèces à la Société générale ou en caisse	4.774 46
Total	246.149 46

Suivant également les états fournis par votre trésorier, cet actif se décompose encore de la manière suivante :

Avoir des combinaisons A et 1/2 A	86.276 88	
Avoir des combinaisons B et 1/2 B	155.668 20	241.945 08
Plus-value des valeurs mobilières sur le prix d'achat		589 13
		242.534 21
Avoir de la Caisse auxiliaire		3.615 25
Total		246.149 46

Le calcul des réserves mathématiques, en tenant compte de la partie correspondant aux six premiers mois de sociétariat, m'a donné les résultats suivants :

Combinaisons A et 1/2 A.....	72.812 75
Combinaisons B et 1/2 B.....	131.570 25
	204.383 »»

Il résulte de ce qui précède, qu'en outre des réserves mathématiques, les deux branches A et B se présentent en excédent, savoir :

La combinaison A, de la différence entre son

actif 86.276 fr. 88 et son passif 72.812 fr. 75, soit 13.464 fr. 13 ;

Et la combinaison B, de la différence entre son actif 155.668 fr. 20 et son passif 131.570 fr. 25, soit 24.097 fr. 95.

Autrement dit, la situation des deux branches est excellente.

Si on compare l'excédent de chacune des combinaisons A et B au total de ses recettes, provenant de cotisations, intérêts et divers, on a le tableau suivant :

	Total des Recettes.	Excédent.	Rapport de l'Excédent au total des Recettes.
Combinaison A...	262.247 86	13.464 13	5,13 %
Combinaison B...	379.593 94	24.097 94	6,35 %

Les résultats de la combinaison B sont donc un peu plus favorables que ceux de la combinaison A, mais il ne faudrait pas en conclure que la morbidité dans la combinaison B a été moindre que dans la combinaison A.

Le tarif A a, en effet, été calculé avec un risque de morbidité moindre que celui du tarif B, de 6,25 0/0 ; on peut même remarquer que si le tarif B avait été calculé avec la même table de morbidité que le tarif A, l'excédent de B n'existerait pas.

En résumé, la morbidité de B a été, comme le prévoyait le tarif, un peu supérieure à celle de A, et les deux morbidités sont restées un peu inférieures à celles que prévoyait le tarif. Ces deux résultats font le plus grand honneur à la science et à la sagacité de M. Léon Marie, qui établit autrefois les tarifs.

D'ailleurs, si les écarts sont dans un sens favorable, ils ne me paraissent pas tels qu'ils doivent conduire à une modification quelconque des tarifs. L'Amicale, quoique vigoureusement sortie de l'enfance, est encore jeune : à quelques exceptions près, ses sociétaires n'ont pas atteint les âges avancés qui pourraient peut-être apporter quelque surprise et il est bon qu'elle constitue, en dehors de ses réserves mathématiques, des réserves de prévoyance.

Je crois en conséquence qu'elle pourrait établir son bilan, au 31 décembre 1905, de la façon suivante :

Passif.

Réserves mathématiques de A et 1/2 B..................	72.812 75	
Réserves mathématiques de B et 1/2 B..................	131.570 25	204.383 »
Réserves de prévoyance de A et 1/2 A..................	13.464 13	
Réserves de prévoyance de B et 1/2 B..................	24.097 95	37.562 98
Réserves pour fluctuation de cours des valeurs..................		589 13
		242.534 21
Caisse auxiliaire..................		3.615 25
		246.149 46

Actif.

Valeurs diverses au cours du 31 décembre 1905..................		241.375 »
Espèces à la Société générale..	4.248 70	
— en Caisse..................	525 70	4.774 46
Total..................		246.149 46

J'en viens maintenant à l'examen de différentes questions ne concernant plus à proprement parler l'inventaire.

Quoique l'Amicale ait déjà enregistré le total considérable de 64.507 journées de maladie (dont 30.268 à 10 fr. par jour et 34.239 à 100 fr. par mois, quoique les journées de participation soient au nombre de 2.379.380, ce qui représente 6.518 années, un premier examen ne m'a pas permis de croire qu'il fût actuellement possible de tirer de ces observations une table de morbidité. Mais l'établissement de cette table sera possible plus tard, grâce à l'excellente tenue des livres et de la statistique de la Société, et elle sera pour l'Amicale, pour le Corps Médical, et pour la Science actuarielle, un document du plus haut intérêt.

Votre secrétaire général m'a demandé d'exprimer une opinion sur les quelques points qui suivent : je le fais volontiers en restant placé au point de vue de l'actuaire, et en n'oubliant pas que le Conseil d'administration a toute l'autorité et toute la compétence voulues pour les trancher.

1° L'examen médical à l'entrée doit certainement faire l'objet de toute l'attention de la Société : les tarifs ont été basés sur l'hypothèse de risques bien choisis, et, quelque pénible qu'il soit d'évincer un confrère sans doute digne d'intérêt, mais qui n'est devenu prévoyant que trop tard, il faut faire passer avant tout l'intérêt général de la Société et la sécurité de tous. Il ne faut pas oublier, d'autre part, que, par le fait du remplacement de la combinaison B par la combinaison C, tous les risques de maladie sont, en somme, traités au tarif A, tandis qu'autrefois un certain nombre était traité au tarif B qui était plus élevé. Il importe donc de maintenir et d'augmenter encore si possible, la surveillance à l'entrée.

2° Les frais d'administration, minimes au début, se sont accrus par la suite d'une façon assez sensible : il faut voir là d'abord une conséquence du développement de la Société, ensuite peut-être aussi de la négligence d'un certain nombre de sociétaires compliquant, sans aucun profit pour eux, et au détriment de la Société, le travail du trésorier et du secrétaire général. Les tarifs actuels, quoique établis sans intervention de frais d'administration, ont cependant permis de les supporter ; il n'y a donc pas non plus à modifier sur ce point, mais il faut souhaiter pour le bien commun que la négligence des sociétaires passe à l'état de souvenir.

3° La question des cures thermales préventives soulève à peu près chaque année des discussions qui se sont d'ailleurs toujours terminées de la même façon. J'y joindrais volontiers la question de la demi indemnité maladie pour demi-incapacité de travail, et je répondrais pour l'une et l'autre que, tranchées dans un sens autre que celui adopté par le Conseil d'administration et par l'Assemblée générale, elles me paraîtraient ouvrir la porte toute grande aux abus.

Quant aux cures thermales en particulier, je vois derrière elles, sans rien dire encore, arriver doucement la cure d'air et la cure marine, incontestablement fort utiles en été pour éviter les maladies de l'hiver suivant.

Enfin, et cet argument a sa valeur, le résultat même de l'inventaire prouve que la règle de conduite suivie a été la bonne. Arriver en bonne situation financière avec un excédent appréciable

mais non exagéré, c'est prouver que l'on a toujours maintenu l'accord entre les recettes et les dépenses, entre le tarif et les risques courus.

4° La question de l'assurance des femmes revient souvent, elle aussi ; on ne peut que rappeler à ce propos deux conditions auxquelles doit satisfaire l'assurance pour être possible dans de bonnes conditions : tendre à la réparation d'un dommage : 1° facile à constater, 2° causant une perte pécuniaire nettement établie. Ces deux conditions ne paraissent pas parfaitement établies pour les femmes qui ne contribuent pas directement par leur travail aux gains du ménage.

5° Aux termes de l'article 12 des statuts, tout sociétaire qui quitte la France perd momentanément ses droits à l'indemnité pendant son absence, mais les statuts ne précisent pas ce qui se passe au retour. En cas d'absence de courte durée, cela n'a pas d'importance, mais, en cas de séjour prolongé dans des pays lointains et souvent malsains, le sociétaire ne me paraît pouvoir être repris qu'après une nouvelle visite médicale, mais alors on lui ferait verser, non pas les termes échus de sa cotisation, mais simplement la différence des réserves mathématiques avant son départ et après son retour.

M. le Président Maurat : Avant d'ouvrir la discussion, je crois nécessaire que notre trésorier nous donne un aperçu de la situation actuelle; puis le secrétaire général donnera lecture de son rapport.

Comptes provisoires de 1906.

M. Gassot, trésorier, reprend :

Il me reste, maintenant, messieurs, à vous faire connaître notre situation actuelle.

Au 10 novembre 1906, l'Association Amicale *compte 1166 membres, savoir :*

605 membres inscrits à la combinaison A ;
2 membres inscrits à la combinaison 1/2 A ;
500 membres inscrits à la combinaison B ;
12 membres inscrits à la combinaison 1/2 B ;
47 membres inscrits à la combinaison C.
1.166

Nous avons été quelque peu étonnés d'entendre certains confrères inscrits à A demander leur passage à B ; depuis deux années la combinaison B est fermée et ne reçoit plus de nouveaux membres, la chose a pourtant été bien des fois répétée : c'est seulement à la combinaison C qu'ils peuvent s'inscrire dorénavant.

Sans doute il est pénible pour un membre de l'*Amicale* de se voir purement et simplement rayé lorsqu'il arrive à 65 ans, et, nous-mêmes, nous éprouvons un égal regret de nous séparer de lui; il faut cependant se conformer aux statuts. En s'inscrivant à la combinaison A, nos confrères savaient parfaitement qu'ils ne participeraient que jusqu'à 65 ans: pourquoi n'ont-ils pas demandé leur passage à B alors qu'ils le pouvaient ? pourquoi ne demandent-ils pas leur passage à C alors que leur âge le leur permet ?

Je soumets le cas aux méditations de ceux des membres de la combinaison A qui approchent de la cinquantaine.

Quoi qu'il en soit, la prospérité de notre *Association Amicale* ne se dément pas et, cette année, nous avons encore inscrit 93 nouveaux adhérents : 79 à la combinaison A et 14 à la combinaison C.

Malheureusement chaque année vient aussi nous causer des pertes : en 1906 nous avons enregistré 13 décès.

Nos pertes seraient même sensiblement plus élevées si l'Association générale, conformément à l'entente intervenue, ne venait au secours de ceux de nos membres qui sont frappés par la mauvaise fortune. En 1906, l'Association Générale a versé la cotisation de neuf membres pour une somme de 586 fr. 50, évitant à plusieurs la radiation. Vous voyez, mes chers confrères, que l'accord n'a pas été stérile.

Recettes.

Au 10 novembre, nos recettes se sont élevées à 108.188 fr. 39, savoir :

Cotisations	98.485.25
Intérêts	6.985.99
Recouvrements et rappels	970.90
Dons	688 35
Remboursement de valeurs	982.40
Remboursement à la caisse auxiliaire	75.50
Total	108.188.39

Par contre, nos dépenses se sont élevées à 66.468 fr. 35 savoir :

Matériel ... Fr.	41.80	
Impressions	330.60	
Poste et transports divers	394.»»	
Recouvrements et rappels	267 35	
Timbres quittances	222.20	
Frais de Trésorerie	57.70	
Frais de bureau	1.950.»»	
Déplacements des membres du Conseil	126.50	3.390.15
Indemnités-maladie		52.931.40
		56.321.55
Pour ordre :		
Versements à la Caisse des Pensions du Corps médical Français	9.980	
Remboursements par ristournes	102.»»	10.082.««
Retraits à la caisse auxiliaire.		64.80
Total		66.468.35

Balance des comptes.

Si aux recettes de l'exercice 1906		108.188.39
on ajoute les espèces à la Société Générale au 31 décembre 1905	4.248.70	
et les espèces en caisse à la même date	525.76	4.774.46
on trouve		112.962.85
et si l'on retranche les dépenses de l'année		66.468.35
Il reste une somme de		46.494 50

dont emploi a été fait de la manière suivante :

1. Achats de valeurs :		
2 obligations, chemin de fer Grand Central 3 %		921.10
10 obligations, gouvernement général de Madagascar 3 %		4.637.50
30 obligations chemin de fer de l'Ouest Algérien, 3 %		12.900.»»
		18.458.60
2. Espèces :		
A la Société générale	27.311.69	
En caisse	724.21	28.035.90
Total égal		46.494.50

Compte général.

L'avoir de l'*Association Amicale* au 31 décembre 1905, en comptant les valeurs au prix d'achat, était de 245.560 fr. 33, savoir :

Portefeuille		240.785.87
Espèces à la Société Générale	4.248.70	
Espèces en caisse	525.76	4.774.36
		245.560.33

Au 10 novembre 1906, il passe à 286.355.83, savoir :

Portefeuille		258.319.93
Espèces à la Société Générale	27.311.69	
Espèces en caisse	724.21	28.035.90
Total		286.355.83

Mais nous avons à enregistrer une moins value sensible de notre portefeuille par suite du fléchissement des cours.

Au 10 novembre, sa valeur se trouve réduite à :

600 fr. Rente française 3 %	19.040	fr.
30 obligations tunisiennes 3 % 1892	13.485	»
40 obligations gouvernement général d'Algérie	17.440	»
10 obligations gouvernement général de Madagascar	4.470	»
20 obligations département de l'Aude 3,44 %, 1898	9.750	»
20 obligations Ville de Paris 2 % 1889	8.310	»
30 obligations chemin de fer de l'Est 3 % anciennes	13.140	»
10 obligations chemin de fer de l'Est 3 % nouvelles	4.330	»
40 obligations chemin de fer P.L.M. fusion 3 % anciennes	17.520	»
20 obligations chemin de fer du P.L.M. fusion 3 % nouvelles	8.670	»
30 obligations chemin de fer du Midi 3 % anciennes	12.960	»
60 obligations chemin de fer Grand Central 3 %	25.980	»
120 obligations chemin de fer de l'Ouest 2,5 %	47.040	»
30 obligations chemin de fer de l'Est algérien 3 %	12.750	»
30 obligations chemin de fer de l'Ouest algérien 3 %	12.750	»
15 obligations Banque hypothécaire 3 0/0 1880	8.640	»
20 obligations foncières 1883	8.620	»
Totaux	244.925	»

Heureusement que nous n'avons pas à réaliser et que nous pouvons attendre des cours meilleurs.

Caisse auxiliaire.

La Caisse auxiliaire est alimentée par les amendes et les dons sans affectation spéciale.

Au 31 décembre 1903, elle possédait.. fr.		3.615 25
Nous lui avons versé le montant de nos dons sans affectation		588 35
De plus il lui a été remboursé une somme de		75 50
Son encaisse s'élève donc à		4.279 10
Mais elle a versé à un confrère :		
pour cotisation, intérêts et rappel	64.80	64.80
Il lui reste donc un avoir de		4.214.30

Vous remarquerez, Messieurs, le chiffre important des dons faits à la Caisse. Je suis lié par le secret qui m'a été demandé; je puis bien vous dire cependant que deux confrères ont pensé qu'ils devaient quelque reconnaissance à l'Amicale et ont versé à la caisse auxiliaire, l'un 500 fr., l'autre 80 fr. trop heureux, ajoutaient ils, d'être utiles le cas échéant à des confrères moins fortunés.

Mes chers confrères,

Après vous avoir présenté les comptes de l'année 1905, j'ai voulu jeter avec vous un coup d'œil rétrospectif sur la marche de l'Association amicale depuis sa fondation; je vous ai enfin donné notre situation actuelle, et vous avez pu voir que nous ne cessons de progresser. L'inventaire général opéré dans des conditions qui défient toute critique nous montre que notre situation est excellente.

Les Associés actuels ne peuvent donc que se réjouir des résultats obtenus, et les confrères, que je ne sais quelle crainte a pu retenir encore, pourront se rassurer et adhérer sans crainte à une œuvre qui a déjà fait tant de bien. (*Applaudissements.*)

Sur l'invitation du Président, M. le Dr Mignon donne lecture de son rapport déjà publié au journal antérieurement. (*Voir n° 44, 1906.*)

M. le Président donne lecture de l'article 12 des statuts visé par le rapport du Secrétaire général pour interprétation à préciser, et relit les termes de celle-ci :

Le confrère qui quitte la France (Algérie et Tunisie comprises, bien entendu) perd ses droits à l'indemnité et cesse de payer sa prime maladie. A son retour, il subit un nouvel examen médical, et, s'il est admis, il aura à verser, non pas la totalité des primes non perçues pendant son absence, mais seulement la réserve mathématique qu'il aurait accumulée, s'il avait payé ses primes, réserve à calculer pour chaque cas particulier, mais toujours bien moins élevée que la somme des primes.

Sa cotisation sera celle qu'il payait avant de quitter la France. Il reste bien entendu que le Conseil se réserve le droit de refuser la nouvelle admission, si le sociétaire revient avec des tares morbides définitives acquises pendant son séjour à l'étranger.

Un membre de l'assemblée propose de permettre au confrère qui part à l'étranger de passer un examen médical pour faire constater les tares dont il peut être atteint à cette époque, de façon à ce qu'il ne soit pas possible de les lui opposer, lorsque, de retour en France, il demandera sa réintégration.

M. le Président demande à l'assemblée de laisser au conseil le soin de décider si les tares morbides, sont imputables ou non au séjour à l'étranger.

Cette manière de voir est acceptée et l'interprétation proposée par le Conseil pour l'article 12 des statuts est adoptée.

M. le Dr Mignon, secrétaire général demande à consulter l'Assemblée sur quelques petits problèmes.

*
* *

1° Un confrère établi à Tanger a continué à payer ses cotisations. Il est venu en France se faire soigner. Le conseil lui a accordé 2 cures thermales. Il explique pourquoi il ne trouve pas cette allocation suffisante.

L'assemblée adopte la manière de voir du confrère et décide qu'il lui sera versé 60 jours d'indemnité, défalcation faite des 200 fr. qu'il a déjà touchés.

*
* *

2° En 1907, nous aurons des sociétaires qui arriveront à 65 ans et qui aux termes des statuts, cesseront de participer aux avantages de l'assurance. Nous demandons à l'assemblée de bien déterminer cette limite de participation.

Le sociétaire cessera-t-il de faire partie de la société à la fin du semestre où il aura eu 65 ans ou à la fin de l'année dans laquelle il aura atteint ses 65 ans.

M. Fleury.— Les calculs ont été établis de telle façon que la participation cesse au 1er juillet de l'année dans laquelle le secrétaire aura atteint ses 65 ans. Cependant M. Fleury ne voit pas d'inconvénients à adopter les vues du Conseil d'Administration et à prendre pour limite de participation, la fin de l'année même dans laquelle le sociétaire aura atteint 65 ans.

Si du fait de cette manière de faire la caisse supporte un léger préjudice, ce préjudice est compensé par la bonification qui résulte pour la

caisse, de ce que les calculs avaient été établis sans prévoir le stage de six mois.

M. Lande fait remarquer qu'il faut faire coïncider la sortie de l'Amicale avec l'entrée à la Caisse des retraites pour que les sociétaires inscrits à la combinaison C. ne puissent se trouver pendant six mois, ne faire partie ni de l'une ni de l'autre de ces deux caisses. (*Très bien.*)

L'assemblée, en conséquence, décide que le 31 décembre de l'année dans laquelle le sociétaire aura eu 65 ans sera le terme et de ses cotisations et de la participation de l'Amicale.

*
* *

3° M. le Dr Mignon rappelle en deux mots comment il s'est entendu la veille avec les *correspondants* pour préciser les concours qu'il pourront lui fournir et avertir notamment que les *correspondants* seront informés des maladies prolongées des sociétaires, de façon à pouvoir exercer une surveillance amicale analogue à celle des *visiteurs* dans les S. S. M.

L'assemblée vote des remerciements à deux confrères qui, malades, ont abandonné l'un 80 fr., l'autre 500 fr. à la caisse auxiliaire.

Elle nomme contrôleurs pour le prochain exercice: MM. David (de Claye-Souilly) et Jacquot (de Creil).

La séance est levée à onze heures.

Le Président, Dr Maurat. — *Le secrétaire des séances*, Dr Jeanne.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

HYGIÈNE SCOLAIRE

L'hygiène oculaire à l'école.

DEUXIÈME PARTIE (1).

La myopie (μυειν cligner ωψ, ainsi dénommée parce que le myope cligne des yeux, est cet état de l'organe visuel dans lequel, soit à cause d'un excès de puissance du système réfringent, soit, plus souvent, en raison de la trop grande longueur de l'axe antéro-postérieur, la plaque maculaire se trouve au delà du foyer principal. Tandis, en effet, que l'œil emmétrope mesure 22 millimètres 8 du sommet de la cornée à la macula, la longueur axile de l'œil myope dépasse dans les cas extrêmes 34 millimètres. Il en résulte que les rayons parallèles venant des objets lointains, après s'être réunis en avant de la rétine, poursuivent leur marche en divergeant et viennent former sur cette membrane une image d'autant plus trouble et diffuse que la myopie est plus forte; si l'objet lointain est rapproché, les rayons lumineux pénètrent dans l'œil en divergeant, et l'image éloignée du foyer principal arrive jusqu'à la rétine. Plus la myopie est élevée, plus le punctum remotum est rapproché; c'est pour cela que le degré de myopie se détermine par la distance de R (limite de la vision éloignée), selon la formule 1/R. Si, par exemple, R est à 1 mètre, la myopie est de 1/1 ou 1 dioptrie, à 0,50 centimètres de 1/0,50 ou 2 dioptries (la force réfringente variant en raison inverse de la distance focale). L'expression de 1 ou 3 dioptries de myopie indique donc un excès de force réfringente de 1 ou 3 dioptries. Par conséquent, il suffira de placer devant l'œil myope une lentille concave de 1 ou 3 dioptries pour diminuer d'autant son pouvoir réfringent et arriver à faire voir très nettement à cet œil les rayons lumineux parallèles, c'est-à-dire venant d'un objet éloigné. Optiquement parlant, l'œil myope ainsi corrigé est devenu emmétrope.

On distingue deux sortes de myopie: la maligne et la bénigne.

La myopie bénigne, que l'on pourrait appeler la myopie de travail, ou scolaire, apparaît entre 8 et 15 ans; le terme de sa progression coïncide presque toujours avec l'arrêt de développement de tout l'organisme, à 25 ans. Elle dépasse rarement 6 à 8 dioptries. De faible degré, la myopie se distingue à peine de l'état normal. Dans la myopie moyenne, la vision rapprochée est encore excellente, meilleure même jusqu'à un certain point que dans l'emmétropie, puisque l'effort accommodateur n'a pas à entrer en jeu, tandis que la vision à distance nécessite l'emploi de verres correcteurs.

Les efforts excessifs de convergence qu'est obligé de faire le myope pour voir de très près nécessitent la contraction simultanée et incessante des muscles droits internes et du muscle ciliaire. Dans ces conditions, ces muscles surmenés se relâchent peu à peu, deviennent insuffisants, et le myope, renonçant à la vision binoculaire devenue pénible, dévie un œil en dehors, d'abord périodiquement, puis d'une façon permanente; le *strabisme divergent* est définitif. Parallèlement, l'asthénopie accommodative se traduit par des sensations douloureuses du côté des tempes, des picotements au niveau du grand angle de l'œil, du larmoiement à la lecture, les caractères se dédoublent et se superposent.

Le strabisme externe est presque la règle dans la myopie maligne, qui n'atteint pas spécialement la population des écoles, mais toutes les classes de la société, et progresse pendant toute la vie. Cette forme de myopie est surtout grave par les lésions du fond de l'œil (inflammation et hémorragies de la choroïde et de la rétine, décollement de cette membrane, cataracte, etc.) qui aboutissent à l'affaiblissement progressif de la vision centrale et de la vision périphérique, et dans quelques cas à la cécité totale.

Naît-on ou devient-on myope? En d'autres termes, la myopie est-elle héréditaire ou acquise? La réponse à cette question est relativement facile, grâce aux études de toutes espèces dont la myopie a été l'objet, comme étant l'une des

(1) Voir n° précédent, 47, 1906.

affections les plus répandues et les plus graves, grâce aussi aux statistiques nombreuses qui ont été dressées dans tous les pays et qui s'étendent à toutes les professions, à tous les âges, y compris le nouveau-né. Il est démontré qu'on ne rencontre pour ainsi dire pas de myopes chez les très jeunes enfants (Javal) et chez les nouveau-nés; ces derniers sont presque tous hypermétropes. Germann n'a trouvé qu'un myope parmi 300 nouveau-nés.

La myopie se développe dans la jeunesse chez les sujets qui se fatiguent les yeux à regarder de près, tels sont ceux qui s'adonnent aux études (carrières libérales), à des travaux fins ou qui exercent des métiers graphiques (tailleurs, graveurs, couturières, typographes, etc.) A mesure qu'on remonte dans les classes, on constate que la myopie augmente en nombre et en degré; la proportion est aussi beaucoup plus élevée dans les écoles urbaines que dans les écoles de la campagne. C'est ainsi que, d'après les statistiques de Cohn, sur 100 myopes, les écoles élémentaires fournissent 6, 7, les écoles moyennes, 10, 3, les Lycées de 12 à 26, et l'Université 59. Enfin, parmi les typographes, le même auteur trouve 51 p. 100 de myopes, c'est-à-dire plus de la moitié. Les statistiques d'Erismann, en Russie, coïncident avec celles de Cohn. Par contre, la myopie, aussi rare chez les peuplades sauvages que chez les jeunes enfants des pays civilisés (Cellan, Macnamara, Furnani, etc.), n'est guère fréquente dans les populations occupées aux travaux des champs, ni chez les matelots et les pêcheurs habitués aux vastes horizons.

La vision binoculaire *à courte distance* est donc la cause déterminante de cette affection. Les efforts répétés d'accommodation, et surtout de convergence, exercent, par l'action du muscle ciliaire (Javal) et des muscles droits et obliques, une pression et une traction sur les membranes du globe oculaire et finissent par allonger l'axe antéro-postérieur.

Mais si la myopie ne se développe que chez un certain nombre de ceux qui se livrent à ces efforts continus d'accommodation et de convergence, il faut admettre que, chez ces derniers, interviennent d'autres facteurs dont l'importance pathogénique, à différents degrés, ne saurait nous échapper. Les uns relèvent du sujet, les autres des conditions du milieu dans lequel s'exercent les fonctions visuelles.

Nous venons de voir que la myopie est exceptionnelle chez le nouveau-né et les très jeunes enfants; par conséquent, les enfants dont les ascendants sont myopes ne naissent pas toujours myopes; mais, si nous plaçons ceux-ci dans les conditions qui favorisent le développement de la maladie, nous les verrons devenir myopes beaucoup plus facilement que leurs camarades issus de parents dont la vue est emmétrope ou normale; ils apportent donc une *prédisposition* spéciale à la myopie, qui est sans doute le résultat d'une conformation anatomique congénitale, transmise *héréditairement*. C'est ainsi qu'on attribue l'allongement axile du bulbe oculaire à une moindre résistance de ses membranes due à un certain degré d'amincissement congénital, à une diminution de la quantité des fibres élastiques de la sclérotique (Lange), à un racourcissement du nerf optique (Hasner, Weiss), à un défaut d'équilibre des muscles extrinsèques, etc. Mais ce qui constitue surtout l'hérédité dans la myopie, c'est l'hérédité des professions ou des carrières *myopéogènes* que les descendants embrassent par raison d'intérêt ou pour d'autres convenances de famille. Ajoutons qu'en dehors de cette prédisposition anatomique héréditaire, la coque oculaire peut encore se laisser distendre à la suite de lésions inflammatoires des différentes membranes qui la constituent (kératites, sclérites, etc.), ou sous l'influence de l'anémie, de l'affaiblissement de la santé générale chez l'enfant qui, après une scarlatine, une fièvre tyhpoïde, se remet trop vite à l'étude.

Les taches ou leucomes de la cornée, les opacités du cristallin, l'amblyopie congénitale, l'astigme, etc., en diminuant l'acuité visuelle centrale,obligent à rapprocher les objets des yeux pour le travail de près, et, par là même, à faire des efforts exagérés d'accommodation et de convergence. La flexion de la tête modifie considérablement la circulation, favorise la congestion et mène à la choroïdite ou inflammation de la choroïde.

Les circonstances ou conditions défectueuses dans lesquelles se fait le travail de près, à l'atelier comme à l'école, agissent dans le même sens et ont une importance capitale.

Le cas se présente lorsqu'on travaille avec un éclairage insuffisant, avec des tables, des bancs, des pupitres mal accommodés à la taille, des livres mal imprimés et, d'après certains hygiénistes, lorsque l'on se sert de l'*écriture penchée.*

L'insuffisance de lumière, qui est avec raison considérée comme un des facteurs principaux de la myopie, a depuis longtemps attiré l'attention des hygiénistes et du public; on a surtout beaucoup discuté, depuis 1880, sur le meilleur mode d'éclairage diurne des écoles.

Cohn, en Allemagne, Gariel, Trélat, Javal, Bertin-Sans, en France, ont largement contribué à élucider la question et à formuler les règles générales d'un bon éclairage. Dès 1865, Cohn rencontre 15 % de myopes dans les salles où l'éclairgage est suffisant. La proportion de myopes dans d'anciens locaux scolaires à Cobourg était, en 1874, de 21 %; elle est descendue à 15 % dans les nouveaux bâtiments (Florschutz). Widmark et Azk, en Suède, font les mêmes remarques et attribuent la diminution du nombre des myopes aux meilleures conditions hygiéniques des écoles. A l'Ecole polytechnique, où l'on travaille à courte distance presque toute la journée, Galezowksi a vu la myopie rester stationnaire grâce aux excellentes conditions d'éclairage. Enfin, Romiée constate la rareté de la myopie des écoliers de Liège, ce qui tient, d'après notre confrère, à l'éclairage intense que peuvent se procurer les ménages les plus pauvres, à cause du bas prix du pétrole dans cette ville.

M. Romiée fait la juste remarque que les enfants travaillent plus longtemps à la lumière chez leurs parents qu'à l'école, et le plus souvent dans des conditions plus défectueuses.

L'installation plus hygiénique des ateliers a donné les mêmes heureux résultats. Hirsch, en 1904, examine 640 typographes et ne trouve que 38 % de myopes, tandis que Cohn, en 1866, en trouvait 51 %.

Il est facile d'expliquer le mécanisme par lequel l'insuffisance de lumière est préjudiciable à la vision. En effet, avec un bon éclairage, l'enfant n'utilise qu'une faible portion de la surface de la cornée, la contraction de la pupille supprimant le plus possible les cercles de diffusion produits sur la rétine par les défauts optiques des milieux réfringents ; de sorte qu'un œil amétrope fonctionne encore suffisamment et ne se fatigue pas démesurément. Mais quand l'éclairage faiblit, la pupille se dilate, afin de donner plus d'intensité lumineuse à l'image rétinienne; les yeux dont la conformation optique est parfaite, ne s'aperçoivent guère de la diminution de l'éclairage, parce qu'ils utilisent une plus grande surface des milieux réfringents, et leur vision reste nette. Au contraire, par suite de l'augmentation des cercles de diffusion, l'hypermétrope fait des efforts d'accommodation et se fatigue vite; l'astigme, rapprochant les objets pour mieux les distinguer, fait aussi des efforts de convergence suivis de l'élongation du globe oculaire et devient myope; enfin, la myopie déjà établie progresse par le même mécanisme. L'astigmie des deux yeux accompagne très fréquemment la myopie (92 p. 100, d'après Nordenson, Sulzer, etc.), et il existe presque certainement une relation de cause à effet entre les deux affections.

On ne saurait donc avoir trop de lumière et celle-ci devrait être distribuée aussi largement que l'air, puisqu'elle est aussi nécessaire au bon fonctionnement de la vision que l'air à celui de tout l'organisme. Javal donne la formule suivante : «Il faut que le point le plus sombre de la classe soit suffisamment clair, et cette condition sera remplie, si chaque pupitre reçoit suffisamment la lumière directe du ciel ». La Commission nommée en 1881 avait conclu : « De la place la plus éloignée des baies lumineuses, l'élève doit voir le ciel dans une étendue verticale minimum de 30 centimètres, comptée à partir du haut des fenêtres, et pouvoir lire à 33 centimètres des fins caractères. »

Cette condition est sous la dépendance directe de l'*orientation* de la classe et des fenêtres, de la dimension de celles-ci et de l'état de l'atmosphère Il est également indispensable d'assurer l'accès de la lumière en plaçant l'école assez loin des maisons voisines déjà élevées ou à construire, pour que l'isolement soit complet. Etant donné, par exemple, que l'on adopte l'éclairage bi-latéral, on réservera de chaque côté de l'axe de l'école, une distance égale au double de la hauteur des maisons les plus élevées (Javal, Fuchs, etc.). Autrement, et à défaut d'emplacement, l'école serait adossée, d'un côté, aux bâtiments voisins de manière à en éloigner la façade et transformer l'espace vide en cour sur laquelle s'ouvriront les fenêtres (éclairage unilatéral). Quant à l'orientation générale du bâtiment, on s'accorde à préférer, dans notre région froide et brumeuse, l'exposition du midi ou une orientation longitudinale N.-S., c'est-à-dire à grand axe dirigé du nord au sud. Les murs sont peints, à l'intérieur, en jaune-clair ou mieux en vert d'eau.

L'éclairage doit-il venir d'en haut, par derrière, de face ou latéralement?

L'éclairage par haut, par plafond vitré, doit être interdit, d'une façon générale, parce qu'il ne permet pas une bonne aération de la classe; en outre, il fournit trop de chaleur pendant les mois d'été; on ne l'utilisera que dans le cas où la proximité des maisons voisines ne permet pas l'éclairage latéral. Venant par derrière, il projette l'ombre du corps sur la table de travail et gêne aussi le professenr; enfin, de face, il éblouit. Reste donc l'éclairage uni ou bi-latéral.

Cohn, E. Trélat, préconisent l'éclairage unilatéral gauche, pour éviter l'ombre portée sur le papier par la main, si la lumière venait du côté droit; Gabriel et Javal, au contraire, préfèrent l'éclairage bi-latéral. L'un et l'autre sont bons et peuvent être indifféremment utilisés, quand les conditions d'installation permettent d'obtenir une lumière abondante par l'un ou l'autre procédé.

Quant aux dimensions des fenêtres, elles doivent être en proportion de la superficie de la salle. Sans atteindre, comme dans certaines écoles américaines, une surface de vitrage égale et même supérieure à celle du sol, on obtiendra de bons résultats, au point de vue de l'éclairage diurne, en gardant la proportion de 1 à 3 (E. Trélat), ou mieux de 1 à 2 (Javal), en s'efforçant, en un mot, d'égaliser les deux surfaces.

Le public accuse volontiers le travail au gaz ou à la lumière électrique de « brûler la vue », pour me servir d'une expression courante; il y a là une erreur très grande, et ce n'est pas dans l'éclat des sources lumineuses, mais dans leur insuffisance ou leur mauvaise installation qu'il faut chercher la cause de la fatigue du travail du soir. Il faut, en effet, reconnaître que, dans un grand nombre d'écoles, les conditions de l'éclairage artificiel sont encore déplorables.

On ne saurait comparer à la lumière solaire, la lumière artificielle quelle qu'elle soit, parce qu'elle est beaucoup plus faible comme intensité, vacille en brûlant, dégage une grande quantité de calorique, et, enfin, émet de son foyer des rayons directs et réfléchis au lieu de se répandre par diffusion. La lumière électrique échappe, il est vrai, à la plupart de ces reproches et constitue certainement le mode d'éclairage le plus hygiénique. Elle a un pouvoir éclairant considérable, dégage moins de calorique que le gaz; quant aux vacillations et à l'éblouissement, on les évite avec des lampes à incandescence à ampoule jaune. Enfin, d'après Cohn, elle aurait l'avantage d'améliorer l'acuité visuelle pour le blanc et les couleurs. Malheureusement, son prix de revient est encore beaucoup trop élevé pour qu'on puisse la distribuer à tous à profusion. En attendant ce desideratum, on éclaire la plupart des écoles au gaz, ou à son défaut, au pétrole.

La lumière fournie par le gaz a le grave inconvénient de dégager une quantité de chaleur et des produits de combustion insalubres, d'absorber beaucoup d'oxygène et d'être teintée en jaune. On a inventé un certain nombre de systèmes dans le but de diminuer la quantité de chaleur dégagée, d'éliminer les produits de combustion et d'augmenter son pouvoir éclairant; dans le nombre, le bec Auer a l'avantage de parer aux divers défauts que je viens de signaler et de fournir une lumière blanche, fixe et relativement peu chaude.

Le pétrole et les essences minérales tiennent le premier rang après la lumière électrique au point de vue du pouvoir éclairant et calorique;

ils dégagent très peu de produits de combustion et sont d'un prix de revient très économique, mais ce sont des produits très volatils, très inflammables et d'une odeur fort désagréable.

Que l'on emploie le gaz ou l'électricité, est-il préférable d'éclairer la totalité de la salle, comme l'a imaginé BOUBNOFF, ou seulement la place où l'on travaille? L'éclairage par la lumière diffuse consiste à projeter vers le plafond et sur les murs les rayons lumineux qui viennent ensuite éclairer les tables; à cet effet des réflecteurs sont agencés sous les becs AUER ou les lampes électriques et l'on obtient ainsi une lumière diffuse, uniforme et sans ombres. Dans l'autre procédé, le foyer lumineux placé à la gauche de chaque rangée de 3 ou 4 élèves et à une hauteur de 40 centimètres environ, est muni d'un abat-jour qui réfléchit la lumière sur les tables. L'idéal, à mon avis, serait de donner à chaque élève une bougie électrique munie d'un abat-jour.

Parmi les causes qui obligent l'élève à regarder de près, il nous reste à étudier l'influence de la lecture, de l'écriture, du mobilier et des programmes.

C'est M. JAVAL qui a surtout approfondi la question de la *lisibilité* et de la *visibilité* des caractères d'imprimerie, et celle non moins importante de l'écriture; il a parfaitement indiqué les limites en deçà desquelles un livre présente de graves défauts au point de vue de la lisibilité; cette lisibilité ne dépend pas de la hauteur des lettres, mais de la largeur. Les dispositions adoptées pour l'impression des livres par la Commission de 1881 peuvent être résumées en quelques mots: « Papier opaque, blanc ou de couleur bois; caractères trapus, de forme carrée et espacés, ne dépassant pas le nombre de 7 par centimètre; suppression de l'interlignage; lignes de 7 à 8 centimètres de longueur, pour abréger les mouvements des yeux ». Tout livre qui, éclairé à 1 mètre d'une bougie, ne peut être lu par un œil normal à la distance de 80 centimètres doit être refusé; il en sera de même des cartes murales, si les caractères ne sont pas assez gros pour être nettement aperçus à la distance de douze mètres.

M. JAVAL insiste, avec raison, sur l'habitude fâcheuse que l'on a de faire passer trop rapidement l'enfant des gros caractères aux caractères fins, sans une accoutumance suffisante, et il propose « d'interdire dans les écoles de l'État l'emploi de livres qui ne seraient pas imprimés dans les conditions de lisibilité appropriées à l'âge des enfants auxquels ils sont destinés ».

Dans cet ordre d'idées, COHN considère l'impression des livres allemands en caractères gothiques comme un facteur important du développement considérable de la myopie scolaire dans ce pays.

Pour M. JAVAL, la principale cause de la production de la myopie réside dans l'emploi de l'écriture penchée.

L'écriture penchée, très rare dans l'antiquité, pendant le Moyen-âge et la Renaissance, fut importée d'Italie en France au XVe siècle. Elle prédomine au cours du XVIIIe siècle. Vers la fin du XVIIIe siècle, l'anglaise, peu différente de la bâtarde italique, fait son apparition en France, et, dès le début du XIXe siècle, elle remplace complètement l'écriture droite.

Vers 1880, des hygiénistes entreprennent une campagne contre l'écriture penchée (SCHUBERT BERLIN, REMBOLDT, etc., en Allemagne), (JACKSON, etc., en Angleterre), DALLY, THORENS, JAVAL, etc., en France). En 1881, une commission spéciale fut nommée par M. le Ministre de l'Instruction publique (GARIEL, GAVARRET, HACHETTE, MASSON, PANAS et PERRIN, etc.). Le rapport de M. GARIEL concluait que : « Si l'administration adoptait l'écriture droite pour les jeunes enfants des écoles, la principale cause de la myopie aurait disparu ».

L'écriture droite, en plaçant le corps de l'enfant dans une symétrie parfaite, parallèlement au bord de la table, le papier devant le milieu du corps, permet en même temps d'éviter les déformations ou les déviations de la colonne vertébrale, actuellement si fréquentes, et en particulier la scoliose. Cette écriture, dont VOLTAIRE ne se trouvait pas moins bien que BOSSUET et G. SAND, en rendant naturelle la position normale de la tête, s'oppose au rapprochement continu de celle-ci vers le papier.

En 1882, une nouvelle commission adopte les mêmes conclusions, selon la formule de G. SAND : « *Ecriture droite, sur papier droit, corps droit* »; l'écriture droite devrait être la seule enseignée à l'immense majorité des écoliers (Cours élémentaire et moyen).

S'appuyant sur ces faits, M. JAVAL émet les conclusions suivantes : « Les expériences faites en France et à l'étranger sont suffisamment probantes pour justifier un arrêté de M. le Ministre qui rendrait l'écriture droite obligatoire pour les épreuves du certificat d'études primaires ». Enfin, une ligue ayant à sa tête MM. LAVISSE, JAVAL, BUISSON, etc., vient de se créer pour la propagation de l'écriture droite, qui est déjà enseignée dans un grand nombre d'écoles en Allemagne, en Angleterre, en Suisse et dans les pays scandinaves.

Mais l'écriture penchée garde ses défenseurs. Certains hygiénistes, parmi lesquels M. ROLLAND (de Toulouse), estiment que la suppression de la pente de l'écriture ne suffit pas à faire disparaître la myopie et les déformations du rachis. La flexion de la tête est provoquée et entretenue par un grand nombre d'autres circonstances (défectuosités de l'éclairage et du mobilier, du matériel, nonchalance et mauvais état général de l'écolier, etc.).

D'autre part, des instituteurs ont constaté que l'enfant ne regarde pas de plus près ou ne penche pas davantage la tête quand il écrit en anglaise que lorsqu'il écrit droit. L'attitude peut être aussi défectueuse dans les deux genres d'écriture. M. DESNOYERS vient même de démontrer avec expériences à l'appui, dans une communication à la Société de médecine de Paris, et au récent Congrès pour l'avancement des Sciences, tenu à Lyon, que l'écriture droite dévie davantage la colonne vertébrale que l'écriture penchée, laquelle a, en outre, l'avantage d'être plus rapide et d'éviter les *crampes*, en permettant l'immobilité du coude droit.

L'écriture droite n'est-pas elle même exempte de critiques; en Amérique, on l'accuse de provoquer des crampes à cause du déplacement constant du coude droit qu'elle exige et on lui préfère, d'une façon générale, l'écriture penchée. Nos instituteurs ont remarqué qu'elle obligeait

certains élèves à une tenue dangereuse pour les enfants débiles.

Enfin, d'autres auteurs admettent indifféremment les deux écritures, à condition d'incliner le papier de 25° à 30° vers la gauche, et de maintenir les yeux à distance égale et convenable de celui-ci.

En résumé, l'observation a démontré que les attitudes vicieuses, et en particulier celle qui est connue sous le nom de « *plongeon* », et qui consiste, la tête étant légèrement inclinée à gauche, à pencher le corps en avant et à l'appuyer d'un seul côté, le coude gauche plus élevé que le droit et celui-ci serré contre le tronc, coïncident avec le début de l'enseignement de l'écriture, et se constatent surtout pendant les leçons d'écriture penchée, tandis qu'une bonne attitude se concilie plus aisément avec l'usage de l'écriture droite, d'ailleurs plus lisible. L'attitude penchée de la tête fait que l'œil gauche est plus rapproché du papier que son congénère, l'œil droit, qu'il devient myope le premier et reste le plus myope pendant des années, ainsi que l'a constaté M. Sulzer en examinant les yeux des élèves des écoles de Genève.

Des conclusions définitives ne peuvent encore être formulées, mais il nous semble exagéré d'accuser l'écriture penchée d'être la cause presqu'unique de la myopie et de scoliose. Ce qui importe le plus, au point de vue préventif, ce n'est pas tant la suppression de l'écriture penchée que la surveillance attentive de la *tenue ordinaire* de l'élève, non seulement pour l'écriture, mais encore pour tous les autres exercices scolaires, le remplacement d'un éclairage défectueux, d'un mauvais mobilier, de livres mal imprimés, la réforme de programmes trop chargés, la diminution des heures de classe et d'étude, une bonne hygiène générale, etc.

Pour que l'élève conserve une bonne attitude en écrivant, il faut lui donner une table et un banc parfaitement accommodés à sa taille.

Un agencement défectueux du mobilier scolaire, c'est-à-dire, dont les proportions ne sont pas en rapport avec la taille, amène l'élève à prendre une attitude vicieuse, à fléchir la tête, à lever les épaules et à rapprocher les yeux de son cahier ou de son livre. Il est donc indispensable que ses dimensions varient avec la grandeur du corps et qu'il soit établi de manière que la ligne de gravité de celui-ci tombe perpendiculairement sur le milieu du bassin.

Les bancs seront à distance négative, c'est-à-dire, surplombés de quelques centimètres par les tables dont le plan incliné descendra vers l'élève; les dossiers, inclinés de 10 centimètres environ, doivent monter jusqu'aux reins sur lesquels ils se moulent. La distance entre la table et le banc sera d'environ 1/8 de la longueur du corps.

Divers hygiénistes, parmi lesquels je citerai Geissler et Utslizsch, Nicati, Priestley Smith, etc., ont fait construire des mobiliers qui réalisent tous ces desiderata.

On a proposé divers appareils ou supports destinés à maintenir la tête droite et à une distance convenable de la table de travail. Ces supports, vissés au pupitre, sont mobiles dans le sens vertical. Je citerai les appareils de Kallmann, Morer, etc., et l'excellent optostat de notre confrère M. Rolland. De cette façon, le corps de l'enfant se trouve comme fixé dans une carapace qui l'oblige à se tenir droit.

Enfin, notre concitoyen et ancien collègue, le Dr Houzé de l'Aulnoit, a depuis longtemps incriminé la longueur des études, et chacun est d'avis que les programmes scolaires sont trop chargés et qu'il est urgent de les modifier profondément si l'on veut éviter le surmenage cérébral et visuel.

On a proposé, dans ce but, de ne commencer l'instruction qu'à l'âge de six ans, de supprimer tout travail à la maison jusqu'à l'âge de 8 ans, de réduire à 5, au maximum, le nombre d'heures de classe par jour; d'accorder des séances de repos fréquentes entre chaque leçon, de couper les exercices de lecture et d'écriture par le travail au tableau et par de nombreuses récréations, de supprimer les examens périodiques dont la préparation est si laborieuse, et de les remplacer par des interrogations inopinées.

Après avoir rempli dans la plus large mesure les multiples indications prophylactiques, il reste à mettre à profit les moyens que nous avons à notre disposition pour combattre la myopie, en enrayer les progrès et en éviter les complications. Je vous en dirai deux mots et à titre d'indication seulement, parce que ce sujet est d'ordre essentiellement technique et médical.

Comme il ne nous est pas possible de diminuer l'allongement de l'axe antéro-postérieur du globe de l'œil qui est la cause anatomique de la myopie, nous nous bornons donc à prescrire des verres correcteurs qui permettent, à la fois, la vision nette des objets éloignés et le travail de près, sans fatigue; le traitement curatif se résume donc dans la *correction exacte* et *constante de la myopie.*

Pendant très longtemps, les ophtalmologistes, pénétrés de cette idée pathogénique que l'effort d'accommodation était la cause de la myopie et de ses progrès, ne conseillaient les verres concaves que pour la vision à distance tant que la myopie ne dépassait pas 3 dioptries (*punctum remotum* à 33 centimètres).

Le myope de haut degré était muni de plusieurs verres, l'un pour lire et écrire (25 à 30 centimètres), un autre pour faire de la musique (60 centimètres), et le troisième pour suivre au tableau noir. Plusieurs confrères, après avoir constaté que la myopie continuait à progresser, en dépit de cette *correction partielle* et *intermittente*, adoptèrent les idées de Donders, Hasner et Foerster, partisans de la correction complète et permanente. Une expérience d'ensemble, faite sur une vaste échelle en Amérique, où on eut recours, pendant 20 ans, à la correction totale et constante de la myopie et de l'astigmastisme, a permis de démontrer que ce mode de traitement avait amené une diminution notable de la fréquence et du degré de cette affection (Risley).

Le verre correcteur de la myopie est le verre concave le plus faible qui donne la meilleure vision à distance de 5 à 6 mètres. Avant de prescrire ce verre, il est indispensable de rechercher, au moyen de l'ophtalmomètre, s'il existe en même temps de l'astigmastigmie et de la corriger. Cette règle de la correction totale et cons-

tante ne trouve de contre-indication que lorsqu'on a affaire à des degrés de myopie élevée avec lésions des membranes profondes; telle est du moins l'opinion de la plupart des ophtalmologistes allemands et d'un grand nombre de leurs collègues français (SULZER, BOURGEOIS, etc.)

C'est dans ces cas surtout que l'hygiène du patient doit être réglée avec soin. Le travail de près, s'il ne peut être évité, doit être exécuté à la plus grande distance possible. On proscrira tout travail, le soir, à la lumière artificielle, et si, en dépit de ces précautions, la myopie fait des progrès, on interdira les études pendant une période plus ou moins prolongée. Les jeunes gens seront immédiatement prévenus que les professions dans lesquelles il faut constamment lire et écrire ne peuvent leur convenir, et exposeraient leurs yeux à de graves dangers.

En résumé, l'hygiène oculaire des écoles, pendant si longtemps délaissée, a été dans ces dernières années l'objet des préoccupations des pouvoirs publics, des sociétés savantes et des familles, grâce aux nombreux travaux des hygiénistes français et étrangers.

Deux dangers menacent particulièrement l'appareil visuel dans le milieu scolaire : 1° les maladies contagieuses, telles que la conjonctivite catarrhale et le trachome; 2° la myopie avec ses complications redoutables.

Pour prémunir l'élève contre ces dangers, on a bien établi des inspections médicales, mais en négligeant le côté oculaire, et c'est seulement depuis 1889 que des services spéciaux ont été organisés à Lille d'abord, puis à Montpellier, à Lyon, à Bourges, etc. Il est à désirer que ces inspections spéciales se multiplient et viennent ainsi combler une lacune regrettable de l'hygiène scolaire.

L'inspection d'hygiène oculaire implique, nous l'avons vu, outre l'examen des yeux et de la vision des écoliers, l'indication des meilleures conditions que doivent présenter les bâtiments, l'éclairage, le mobilier, l'impression des livres et des cartes murales, le mode d'écriture, les programmes d'études. Malheureusement, en France du moins, le médecin est à peine consulté quand on construit un hôpital, à plus forte raison se passe-t-on de ses conseils s'il s'agit d'une école, d'un laboratoire, etc. Pourtant la prophylaxie de la myopie est du domaine de l'hygiène publique. A l'Etat incombe donc le devoir de conjurer le péril de la myopie, et dans ce but, d'instituer des règlementations sévères, et une surveillance technique spéciale sur la construction des bâtiments scolaires, sur l'aménagement du mobilier et de l'éclairage, sur l'élaboration des programmes. Cette partie de la question prend une importance capitale à notre époque d'application des lois scolaires et de développement incessant de l'enseignement à tous les degrés.

Avant tout, il est urgent de ramener à une juste mesure le travail excessif auquel sont condamnés les élèves. Le surmenage, qui commence à l'école pour continuer à la maison, est pernicieux, non seulement pour l'organe visuel, mais, encore pour le développement général physique et intellectuel.

Ainsi que je l'ai dit, l'instruction ne devrait pas commencer avant l'âge de six ans, les heures de récréation en plein air alternant avec les classes et les études, de façon à assurer à la fois le repos des yeux et de l'esprit. La somme de travail indispensable se fera dans les meilleures conditions, et si ces conditions ne peuvent être imposées dans la famille où le contrôle est difficile, du moins sont-elles réalisables à l'école. Ce sont : un bon éclairage, des pupitres et des bancs adaptés aux différentes tailles, des appareils spéciaux, s'il y a lieu, destinés à maintenir le corps droit ainsi que la tête, une bonne méthode d'écriture, des livres bien imprimés, etc.

Enfin, le médecin-inspecteur d'hygiène oculaire sera heureux de trouver dans le personnel enseignant une aide intelligente, un concours dévoué et indispensable, pour mener à bien la mission qui lui a été donnée.

On admet, avec juste raison, que le corps enseignant doit posséder des notions d'hygiène et s'occuper de la santé des enfants dont l'éducation et l'instruction lui ont été confiées; mais, ce serait faire preuve d'une véritable aberration d'esprit que d'arriver à demander que les instituteurs et les institutrices sachent faire des lavages antiseptiques de l'œil, en cas d'ophtalmie, par exemple, comme cela a été proposé pour l'Algérie. Le rôle des maîtres est beaucoup plus simple : 1° éloigner tout enfant qui se présente avec les yeux rouges, les paupières gonflées et avec des traces de sécrétion mucopurulente; insister auprès des parents pour faire examiner et soigner le petit malade, et exiger le certificat du médecin spécialiste pour sa réadmission dans la classe; 2° user de son ascendant pour amener les parents à faire porter les verres correcteurs lorsque ceux-ci ont été prescrits; 3° placer les enfants sur des tables et des bancs appropriés à la taille; 4° surveiller la *tenue ordinaire* des élèves et exiger que les yeux, en écrivant ou en lisant, restent éloignés de 30 centimètres environ du cahier ou du livre; 5° faire un choix de livres et de cartes bien imprimés; 6° régler l'emploi du temps de manière à alterner les exercices de vision éloignée avec ceux de vision rapprochée.

N'oublions pas, en un mot, médecins et éducateurs, que si l'œil est un organe d'une rare perfection, il est aussi d'une extrême sensibilité et qu'il mérite à tous égards notre entière sollicitude.

Dr S. BAUDRY,

Professeur d'ophtalmologie à la Faculté de Lille.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I. La voix des absents de nos Assemblées Générales.

Toujours trop courtes maintenant, nos Assemblées annuelles, pour permettre à toutes les préoccupations de se traduire utilement. Le journal se fait un devoir d'y suppléer et, à cet effet, donne ici la parole aux empêchés et aux retardataires, afin de prouver une fois de plus que notre tribune est ouverte à tout le monde pour la défense commune.

L'action professionnelle près des S.S.M.

le 18 nov. 1906,

Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

Pendant que vous êtes en Assemblée générale, j'éprouve le besoin de m'unir à vous par cette lettre. J'espère vous donner quelque satisfaction en vous apprenant la réussite d'efforts tentés dans l'esprit du Concours.

Il y a deux ans, les hasards de la vie m'avaient permis quelques conversations avec le curé d'un village voisin de ma résidence. J'avais été surpris de rencontrer en cet homme un esprit « instruit » des questions sociales. Tout heureux, j'avais dit mon opinion sur les « œuvres d'assistance. »

Un jour, je reçus sa visite : de l'idéologie il avait résolu de passer aux actes ; il voulait créer, entre autres, une Société de Secours Mutuels. Nous en causâmes, sans être toujours d'accord. Songeant aux renseignements du *Concours*, je ne me désintéressais pas du projet et je multipliais les sages avis.

Il y a 15 mois la S. S. M. fut fondée. Ses statuts annoncèrent le libre choix du médecin et un tarif d'honoraires diminués, selon l'usage.

Libre Choix ! c'était une conquête : j'avais détourné du choix arbitraire d'un unique confrère, Le fondateur avait été trouver, sur mes instances, le Prédent du Syndicat départemental..., qui l'avait renvoyé au Vice-Président domicilié dans le canton même.... qui n'avait rien entrepris. Il avait bien voulu, alors, rendre visite à chaque confrère habitant notre résidence », tous s'étaient déclarés prêts à servir les Mutualistes en cas de besoin.

Mais, tarif d'honoraires diminué ! C'était la défaite. Mes confrères l'avaient accepté ; du moins, sans entente, s'étaient-ils déclarés prêts à « faire comme les autres ». Une défaite ne m'allait guère. Il me semblait en parcourant le n° du *Concours*, ce jour là, lire entre les lignes de graves reproches. Mais que faire ?

Refuser mes soins ? mon budget seul y changerait.

Entreprendre des « affaires » ? autant rééditer l'histoire du pot de terre contre le pot de fer.

Je fis le service, au tarif statutaire ; mais je renforçais mes relations et je burinais de nouveau les mêmes idées, car elles me paraissaient justes.

A la première assemblée générale des Mutualistes la défaite s'est changée en victoire. Sur les conseils du fondateur-président, les statuts ont été modifiés et dorénavant les honoraires médicaux sont calculés intégralement et alloués sans retenue.

Le succès va même devenir un triomphe : le village voisin veut aussi avoir sa S. S. M.; il a pris langue avec le curé qui m'honore de plus en plus de son amitié. Les statuts de la nouvelle Mutuelle confirment le libre choix du médecin et le règlement intégral des honoraires.

Plus a fait patience que violence !

Je suis heureux d'avoir ainsi, grâce à l'éducation que me donne chaque semaine le *Concours*, pu rendre à notre Corporation ce petit service. J'ai au cœur le désir de perfectionner les rapports des deux groupements ; ma plume et ma langue, selon les préceptes du journal, restent au service des intérêts professionnels comme par le passé.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur et très honoré confrère, cet humble témoignage d'un lecteur habituel.

Dr Bruneau, membre du Concours.

N. D. L. R. Inutile de dire quelles chaleureuses félicitations la Société du Concours médical réserve aux vaillants et tenaces lutteurs de la trempe de M. Bruneau. Mais d'autres les recevront, comme lui, quand ils auront réussi, car il y a là un précieux exemple à suivre.

Les professions de retraite pour les vieux médecins.

Neufchâtel (Aisne) 16 nov. 1906.

Mon cher Confrère,

Je ne sais si j'arriverai trop tard ou si la présente lettre vous paraîtra digne de retenir l'attention de la prochaine assemblée?

L'encombrement de la profession est notoire ; tout ce que l'on peut faire pour la désencombrer est donc à considérer : à ce point de vue la campagne du Dr Vigne est utile. Mais, à l'autre extrémité — si je puis dire ainsi — de la profession, il y a « les vieux » qui encombrent pas mal aussi. Excusez l'expression, mais elle est juste : j'ai dû quitter un poste faute de voir mes aînés se décider à me faire une place au soleil. J'ai voulu coûte que coûte rester bien avec tous, ils ont gardé toute mon estime ; pourquoi se plaignent-ils d'être surmenés cependant.... mais je ne veux plus insister sur ce côté personnel de la question ; elle est d'un intérêt plus général et pourrait se formuler ainsi :

Des moyens d'assurer une situation honorable au médecin en dehors de la profession médicale avant l'âge ultime.

Je suis persuadé que beaucoup de médecins se retireraient avant cet âge s'ils avaient des ressources suffisantes.

La Caisse des pensions est un élément de solution, mais tel quitterait la profession qui ne se résignerait pas prématurément à l'inaction du rentier. Ne pourrait-on pas arriver à trouver, pour des confrères fatigués où désireux de sortir de la profession, des débouchés, des situations para-médicales ? Dans bien des cas il serait préférable d'avoir affaire avec un ex-médecin comme directeur effectif d'un hôpital par exemple.

Il est sans doute des situations plus abordables au médecin en raison de sa tournure d'esprit, de son éducation spéciale, dans l'industrie peut-être, dans le commerce, qui sait ?

Excusez-moi, cher Confrère, de jeter ces quelques lignes un peu au hasard de la plume. Je veux bien croire qu'il est toujours des confrères qu'en nul autre idéal ne tente sinon celui de secourir l'humanité souffrante.., admettez qu'il en est d'autres que découragent quand même les déboires et les vilenies et qui parfois rêvent d'une porte de salut vers un autre avenir qu'il s'agirait de découvrir et de déterminer.

Le *Concours* a résolu bien des problèmes, celui que je soumets aujourd'hui à votre appréciation mérite à mon avis qu'on s'y arrête un instant.

Vous ferez de ma lettre, cher Confrère, tel usage qde vous jugerez bon,

Veuillez agréer, dans tous les cas, l'expression de mes sentiments bien dévoués.

Dr Rignier.

Pour toutes nos revendications.

Monsieur et très honoré confrère,

J'aurais été bien heureux d'assister aux réunions diverses qui ont lieu à Paris samedi et dimanche, surtout à l'assemblée de notre *Concours médical* dont je suis un des adhérents les plus récents, mais, il faut bien le dire, un des plus ardents, comme tous les néophytes. (Ne craignez rien, *cela durera* ; étant breton, j'ai la tête dure.)

Hélas, les soucis de la clientèle d'un débutant, la platitude de la bourse en cette fin d'année où les clients n'ont point commencé à honorer, d'autres raisons encore m'empêchent malheureusement de me trouver à Paris et de faire votre connaissance.

Je voudrais du moins que ma lettre m'y représentât et aille vous porter mes remerciements pour l'œuvre de dévouement que vous avez entreprise et que vous menez si bien, mes encouragements pour l'avenir et l'assurance que vous me trouverez toujours derrière vous, dans tout ce qui concerne la défense de notre profession si belle et si honorable. Dans la mesure de mes faibles moyens vous pouvez toujours compter sur moi et je suis prêt à me dévouer corps et âme pour l'œuvre que vous dirigez. Merci aussi à tous vos collaborateurs si dévoués ; exprimez-leur, je vous prie, l'admiration et le remerciement d'un jeune confrère de province dont le plus vif désir est d'imiter leur dévouement et d'aider au relèvement moral et matériel de notre profession. Merci à votre vaillant organe le *Concours médical* qui fait tant de bien et que je m'efforce de répandre le plus possible.

Ceci dit, passons à un grand nombre de questions que je voulais traiter avec vous depuis fort longtemps.

I. — Vous pouvez d'ores et déjà m'inscrire au nombre des membres du *Sou médical* pour *1907*. J'en ferai partie toute ma vie : indiquez-moi, je vous prie, soit par la voie du journal (*J. M. Nantes*), soit par lettre particulière, quand et comment vous faire parvenir ma cotisation.

N. D. L. R. — Il suffit d'adresser 20 fr. à Dr Gassot (Chevilly-Loiret).

II. — Vous trouverez dans ma lettre plusieurs réclames *éhontées* que j'ai découpées dans des journaux : l'une dans le *Rire*, l'autre dans la *Croix*, puis deux prospectus qu'on distribuait ces temps-ci à Nantes. Que faire, que dire, à qui se plaindre ? Il me semble que le « Sou médical » (1) devrait tendre à faire poursuivre et condamner toutes ces officines louches, ces soi-disant Instituts, etc., qui ne sont que de vulgaires entreprises d'escroqueries sur un grand pied et qui, sous prétexte de consultations gratuites, s'entendent parfaitement à faire verser au malheureux client des sommes énormes, quitte à nous le renvoyer lorsqu'il est à bout d'argent. Ne pourrait-on pas aussi poursuivre les *éditeurs de journaux ou les entreprises de publicités* ? Ne pourrait-on pas rechercher les signataires de lettres célébrant les vertus des pilules P. ou des pastilles S. et qui parfois n'existent pas (j'ai deux cas personnels), et alors ne serait-on pas autorisé à poursuivre pour annonces mensongères les maisons qui usent de pareils procédés.

N. D. L. R. — L'office permanent de répression de l'exercice illégal va s'emparer de cette étude.

III. On vient de fonder à Nantes un dispensaire et des cours de médecine et de pansements pour les dames de la Croix-Rouge. Les journaux politiques étaient pleins, la semaine dernière, de louanges à ce sujet et on faisait remarquer avec orgueil que le nombre de pansements avait quadruplé depuis deux mois. Remarquez que la plupart des *pansés* n'étaient pas des indigents, mais des blessés du travail, des ouvriers, etc., des gens qui auraient très bien pu honorer un médecin. Que penser des confrères qui dirigent ces entreprises, qui vont là tous les matins et sous l'œil bienveillant desquels passent et repassent tous les gens qui vienent se faire panser ? Ces confrères sont des gens arrivés, ayant de la fortune et qui agissent ainsi, soit pour se procurer des relations dans un monde chic, soit dans un autre but que j'ignore. Quel recours avons-nous contre eux et que nous conseillez-vous de faire ?

Réponse. — Eh bien, le Syndicat, tout simplement, car il ne doit pas tolérer cela.

Moi-même j'ai une petite consultation gratuite annexée à un dispensaire d'enfants indigents et où je vais tous les mardis de 4 à 5 h. Mais je suis impitoyable pour les non-indigents : je mets violemment à la porte tous ceux qui sont suspects et je ne donne des consultations gratuites qu'aux gens que je connais et dont je sais la situation de fortune. Il me semble que tous les confrères devraient en faire autant.

Dans notre ville si populeuse et si riche la situation des médecins est des plus précaires à cause, justement, du nombre inouï de cliniques à bon marché, des dispensaires gratuits, des consultations de tuberculeux, etc., etc., sans compter le nombre énorme de gens qui pour 3 fr. par jour vont se faire soigner ou même opérer à l'*Hôtel-Dieu* ! Voilà une question des plus actuelles et des plus palpitantes que je voudrais voir le *Concours* entreprendre et solutionner : que de remerciements si on pouvait arriver, sinon à supprimer complètement, au moins à diminuer les abus de la médecine gratuite ou de la médecine au rabais.

Pour moi, le tarif Jeanne en mains, je l'applique rigoureusement et il suffirait d'un peu de fermeté et de bon vouloir pour que tout le monde en fasse autant et notre situation se relèverait aussitôt.

IV. — Je passe à une question personnelle : il s'agit d'un accident de travail : j'ai fait à un jeune apprenti typographe, blessé au pouce droit, une suture du tendon du court extenseur du pouce, puis une suture de la peau. Je l'ai vu douze fois et à chaque visite je l'ai massé : il a guéri complètement au bout de 25 jours conservant tous les mouvements de son pouce et n'ayant aucune incapacité partielle. Son patron refuse de me régler mes honoraires qui s'élèvent à 54 fr. seulement. J'avais appliqué le tarif ministériel : suture des tendons de la main ou du pied 25 fr., 11 massages 22 fr., certificat 2 fr. + 2 pansements au début 2.50 = 5 fr. = 54 fr., et encore j'avais compté les visites avec massages à 2 fr. seulement alors que le ministre, quelques jours après, nous accordait pour Nantes la reconnaissance du prix de la visite à *2 fr. 50*. Que dois-je faire devant le refus de payer et devant quelle juridiction dois-je l'appeler ?

Réponse. — Devant le Juge de paix du canton où a eu lieu l'accident.

J'ai aussi une discussion avec un patron qui a fait pression sur un ouvrier que je voyais sur sa demande et à qui je devais faire le soir une injection de sérum antitétanique. Accompagné de son médecin particulier, le patron est venu chez son ouvrier, entre mes deux visites, lui a dit qu'il serait mieux soigné à l'hôpital, etc., etc., enfin l'a pressé et l'a emmené à l'hôpital pour ainsi dire de force. Que penser de la conduite du confrère pourtant *syndiqué* qui prétend qu'on ne peut faire une injection antitétanique à domicile, et de celle du patron qui effraie l'ouvrier ignorant de ses droits et le force à se faire soigner à l'Hôtel-Dieu ?

Réponse. — Le Dr Diverneresse a dit là-dessus ce que nous pensons tous.

Enfin je réclame au patron 14 fr. 50 pour un triple pansement (tête, poitrine, jambe, brûlures multiples à la suite d'une explosion) un certificat descriptif détaillé 5 fr., 1 visite : 7 fr. 50 + 5 + 2 fr. 50. Trouvez-vous ma note exagérée et ne suis-je pas dans la plénitude de mon droit vis-à-vis de ce patron méconnaissant et la loi et les droits de ses ouvriers ?

Réponse. — Certainement oui.

Je n'en finirais pas du reste si je voulais vous citer toutes les illégalités au sujet des accidents de

(1) Oui ; mais pourquoi pas le Syndicat local d'abord ?

travail qui se commettent journellement à Nantes, ville essentiellement ouvrière et pourvue de nombreuses compagnies d'assurance. Ah! si vous pouvez arriver à faire reconnaître nos droits et à mener une vigoureuse campagne contre ces mauvais confrères !

Je vous expédie ma lettre sous un pli et, dans une autre enveloppe, je vous envoie et les coupures d'annonces des journaux dont je vous ai parlé et un article extrait d'un journal politique de Nantes et que j'ai trouvé tellement sensé au point de vue médical que je pense qu'il vous fera plaisir et que vous voudrez bien le reproduire dans votre journal.

Je termine en hâte voulant que ma lettre vous arrive demain avant l'assemblée et que vous puissiez y communiquer ce qui dans ma lettre vous aura paru intéressant.

Encore une fois, mon cher directeur, merci à vous et à vos collaborateurs de votre dévouement et de vos travaux pour le relèvement de notre belle profession et croyez à toute la sympathie respectueuse de votre jeune confrère tout dévoué à vos idées et à votre œuvre. J. MÉNAGER.

II. Les Voix isolées.

Dans un effort de propagande en faveur des idées de la Société du Concours médical et du développement de ses filiales, le journal est tiré, à cette époque de l'année, à des chiffres exceptionnels : il touche ainsi des confrères qui ne sont pas renseignés comme ils pourraient et devraient l'être sur leurs droits, sur leurs devoirs, sur les ressources de l'arsenal de défense médicale créé sans leur participation, sur les résultats acquis dans cette défense, sur les mots d'ordre adoptés en vue des luttes futures.

Par les lettres qu'ils nous adressent alors, on peut juger de ce qu'il y a de forces perdues par l'isolement de tant de médecins hors du mouvement de défense commune. Aussi les militants ont-ils le droit de demander fraternellement compte à ces isolés de leur abstention dans les manifestations d'intérêt général, et de leur reprocher amicalement cette parcimonie devant l'abonnement ou la cotisation, quand elle les conduit, par l'ignorance, à l'inertie blâmable, quand ce n'est pas l'action divergente ou contradictoire

Voici, comme spécimens, des lettres d'hier dont les signataires ne sont pas encore des nôtres. N'avons-nous pas le droit de le regretter amèrement quand ils agitent de si intéressantes questions ?

Dr H. J.

Les médecins assermentés.

8 novembre 1906.

Je ne suis pas encore abonné au *Concours*, mais je le lis à peu près régulièrement et j'ai été frappé de la façon dont semble close la question des médecins assermentés, sur une lettre de l'un deux, répondant *ad hominem* au premier article d'un non assermenté.

Permettez-moi de vous soumettre à nouveau la question qui, dans toutes les petites villes de province, est très importante par suite du nombre toujours croissant des fonctionnaires et de la *pression* officielle faite en faveur des médecins assermentés par l'Administration (avec un grand A.)

Le rôle du médecin assermenté me semble, bien qu'il n'y ait aucun article de loi ou même aucun règlement public instituant cette fonction, le rôle du médecin assermenté me semble, dis-je, être analogue à celui du médecin contrôleur des sociétés de S. S. M. ou des Compagnies d'assurances. Il doit sur la requête de l'Administration, contre-visiter les malades demandant un congé de maladie, l'admission à la retraite, etc. et, de cette contre-visite doit ressortir un rapport sur l'état du fonctionnaire avec conclusions pour ou contre, et voilà tout.

Il doit être appelé par l'Administration afin de constater l'aptitude physique des candidats aux divers emplois, comme le médecin militaire pour les engagements ou le conseil de révision.

Dans ces conditions, personne n'aurait rien à lui reprocher. Malheureusement, il n'en est jamais ainsi.

Malgré les arrêts du Conseil d'état qui déclare ne pas connaître de pouvoirs spéciaux aux médecins dits assermentés, malgré la loi du 31 mars 1897 (je crois) qui déclare que tous les médecins ont le droit de délivrer des certificats de maladie aux agents des services actifs des administrations (facteurs des postes, douaniers, forestiers, etc.) et sur papier libre, les préfets et les chefs de service s'obstinent, par un véritable abus de pouvoir, à ne tenir aucun compte des certificats délivrés par les médecins non assermentés, même rédigés sur papier timbré.

Je le répète, il y a là un abus de pouvoir, et le plus fort, c'est que les certificats délivrés le plus souvent après celui du médecin traitant, *doivent être payés par l'intéressé.* C'est un comble, n'est-ce pas ? Vous obligez un employé à s'adresser à un « monsieur assermenté » qu'il ne connait pas, pour contrôler un certificat qu'il a déjà payé à son médecin et ensuite vous l'obligez encore à le payer !! Comment dénommer le procédé ? d'autant plus que la plupart du temps le médecin assermenté, qui veut bien palper la « *bonne galette* » se contente, en bon confrère (si c'est un bon confrère), de copier textuellement le certificat du médecin traitant.

Qu'en résulte-t-il ? C'est que le fonctionnaire, pour éviter double frais de certificat, lorsqu'il retombera malade, s'empressera de lâcher son médecin ordinaire en qui il a confiance pour prendre le médecin revêtu de l'estampille préfectorale ou postière. Si cela ne s'appelle pas du détournement de clientèle... !

Et pourtant l'Etat nous a fait payer assez cher nos études dans ses facultés où l'on n'apprend rien, alors que l'on étudie la médecine dans les hôpitaux où cela ne coûte rien ; il nous a vendu très cher un parchemin plus ou moins historié pour nous dire ensuite : « Mon ami, c'est ton voisin qui aura mes clients, parce qu'il fait partie de la L .·. Y ou de la L .·. Z. »

Voilà où en est la question des médecins assermentés chez nous et je crois dans toute la France.

Excusez, je vous prie, cette longue lettre, il y a peut-être pour le *Concours* quelque chose à en tirer au point de vue d'une campagne à engager.

Bien confraternellement à vous.

Dr X., de V.
Secrétaire d'un syndicat médical.

N.-B. — Prière de ne pas citer, si vous rouvrez la question, mon nom ; je ne tiens pas à m'attirer les foudres de mes confrères assermentés qui croiraient que je veux arracher leur assiette au beurre devant laquelle ils se prélassent.

Accidents du travail. — La poursuite directe de l'assureur par le médecin. — Le relèvement du prix de la visite dans le tarif ministériel.

Toulouse, le 22 novembre 1906.

Monsieur et honoré confrère,

Je reçois depuis environ un mois quelques numéros du *Concours médical* et je vois page 837 « qu'il n'est pas possible de poursuivre l'assureur sans l'intermédiaire du chef d'entreprise », car « il n'y a aucun lien de droit entre l'assureur et le médecin ». Il me semble cependant que, surtout après les modifications apportées à la loi qui permet au médecin de poursuivre directement le patron, que ce dernier est un débiteur direct dont on peut exercer les droits et actions (art. 1166 du code civil) si mes souvenirs ne me trompent pas. J'ai d'ailleurs engagé ainsi une instance qui a bien réussi. Je me demande, après votre article, si j'ai triomphé uniquement parce que l'adversaire n'a pas contesté ma demande

ou bien si j'étais juridiquement fondé à agir ainsi?

Seriez-vous aussi assez aimable pour me faire savoir le dispositif du jugement du tribunal de Bourg auquel vous faites allusion (dernière ligne, page806).

Enfin, je vais être indiscret. Je voudrais être renseigné sur la question suivante. Le tarif ministériel décide qu'une commission entendue, le Ministre établira le nom des localités où le tarif de la visite doit être élevé à 2 fr. 50. Il a déjà paru une liste. Peut-on dire que cette liste est limitative ? qu'il importe peu que des jugements aient décidé que le prix de la visite ouvrière antérieurement à 1901 était égal ou supérieur à 2 fr. 50 (c'est le cas de Toulouse), toute commune non inscrite au tarif énumératif de communes auquel je fais allusion doit être taxée à 2 francs la visite si elle a plus de 5000 habitants. La commission a-t-elle fini son mandat et, si non, comment faire pour faire comprendre Toulouse dans le prochain arrêté ministériel ?

Avec mes remerciements anticipés, veuillez agréer etc,

Dr Améric,
ancien chef de clinique
à la Faculté

N.D.L.R. : *De par le texte de la loi de* 1905 nous ne pouvons, en règle générale, poursuivre que le patron (article 4, paragr. 4) Mais, si à la responsabilité de ce dernier une autre s'est substituée *avec notre consentement*, le lien de droit est créé de nouveau ! De même, la créance des frais médicaux étant garantie au blessé, la faillite du chef d'entreprise reporte la responsabilité sur son assureur

Pour prononcer les relèvements du prix de la visite, les jugements dont vous parlez sont précieux, mais ne suffisent pas. Il faut la preuve par la mairie. C'est celle-là qu'exige le Ministre d'abord. La Commission continue son mandat et prépare la révision.

Le jugement de Bourg a paru au n° 45, page 814.

Statuts modèles pour S. S. M. suivant la formule médicale.

Moissac, le 22 novembre 1906.

Cher confrère,

Le corps médical de Moissac étant en partie (5 sur 6) en difficulté avec les sociétés de secours mutuels, je vous serais très obligé si vous me faisiez parvenir un modèle de statuts de Sociétés de S. M. rédigés par la collaboration de MM. Gairal et Lépine. Il faut réagir contre la routine, car les statuts de nos sociétés datent de plus de 50 ans, quoique en règle avec la loi. Nous voulons imposer le tarif médical du syndicat médical de Montpellier en mettant toutefois le prix de la visite à 1 fr. 50 au lieu de 2 fr., alors qu'il ne nous est payé que 1 franc.

Auriez-vous des fascicules séparés de votre tarif médical pour grande ou petite chirurgie ? Nous voudrions là encore pouvoir nous entendre entre médecins et demander à nos clients à peu près le même prix. Je sais que votre tarif a paru dans le *Concours médical*, mais tous ici nous ne sommes pas de vos abonnés, quoique vous puissez compter sur mon adhésion désormais.

J'ose espérer que vous voudrez bien me répondre.

Recevez, cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Villeneuve.

Réponse. — Il n'existe pas de modèle de statuts Gairal-Lépine. Mais vous nous donnez l'idée d'en préparer sous un autre nom.

En attendant, pourquoi ne pas *adopter purement et simplement* ceux de vos camarades de l'Hérault? Vos variantes ne manqueront pas d'atténuer (sans raison valable *certainement*) les résultats de leurs pénibles négociations. Croyez-en la dure expérience du rédacteur du Tarif Jeanne: Unifions, unifions, dans toute la mesure possible, puisque l'attitude inverse nous paralysa si longtemps.

CORRESPONDANCE

Pour un Certificat d'Etudes médicales supérieures

Bracy-et-Lû, 18 novembre 1906

Monsieur et honoré Confrère,

Je viens de lire dans le dernier numéro du *Concours* la lettre du Dr Orlowski. Je ne veux pas le laisser seul de son avis, tout en m'attendant bien à récolter plus de blâmes que d'approbations. Notre confrère envisage le certificat comme le Saint-Maixent médical. C'est un point de vue ; il aurait pu aussi bien, et mieux, le comparer à l'École de guerre où concourent les officiers ayant déjà plusieurs années de service, et qui prépare le recrutement des hauts grades.

Donc, *compris ainsi* et modifié, je ne vois pas pour quoi un tel certificat ne serait pas utile et juste.

Prenons deux praticiens également instruits au sortir de l'école et exerçant à la campagne. L'un vit sur ses connaissances, se contente de faire son métier au jour le jour, ne travaille plus, se laisse aller à l'atmosphère amollissante qui l'entoure. Le second travaille chaque jour plusieurs heures dans son cabinet, lit tout ce qui se publie de nouveau, fréquente autant qu'il le peut les hôpitaux, en un mot s'instruit et se tient au courant. Je vous laisse juger de l'état cérébral et de la valeur médicale de l'un et de l'autre après 10 années d'exercice...

Quel inconvénient y aurait-il, à ce que les résultats obtenus par le second fussent sanctionnés par un examen qu'on passerait après un nombre donné d'années *de pratique*, et, au besoin, sur telle ou telle branche spécialisée ? Et s'il obtenait de ce fait une supériorité même matérielle sur ceux qui se seraient enlisés dans la pratique terre à terre, ne serait-ce pas justice ? Je sais bien que, pour le moment, c'est là une utopie et que nombreux sont ceux qui feraient, et pour cause, opposition à un tel projet ; il n'en est pas moins vrai qu'il y aurait là une réparation partielle à la part de malchance qu'ont pu comporter les concours qu'on passe à un âge où beaucoup ne savent encore que faire travailler leur mémoire et non leur jugement.

Ceci posé, laissez-moi vous dire que je ne suis pas partisan du certificat *en sa forme actuelle*, et veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Dr Dubois

Pour le certificat d'études supérieures.

Saint-Nicolas-du-Pélem, 20 novembre 1906.

Monsieur le Directeur,

En réponse à la lettre du Dr Orlowski en faveur du Certificat d'études médicales supérieures, vous ouvrez, dans votre dernier numéro, une liste pour ceux que ses arguments auraient convaincus, et vous ajoutez, avec une pointe de malice, que, jusqu'à présent, son nom figure seul sur cette liste.

Je partage absolument la façon de voir du confrère, qui pressent dans la nouvelle institution un moyen pour l'humble praticien désireux de travailler, d'arriver peut-être à se créer une place dans le corps enseignant ou tout au moins de faire preuve de connaissances médicales générales et solides. Faire de ce Certificat le Saint-Maixent du praticien est une comparaison qui me plait.

D'ailleurs, les arguments invoqués contre le nouveau Certificat n'ont, à mon avis, aucune valeur intrinsèque absolue. Le grand argument consiste à dire qu'il va diviser le *Corps médical* en deux catégories de médecins. Mais vraiment ! est-ce que cela n'existe pas déjà ? Est-ce que les médecins, chirurgiens, anciens internes des hôpitaux, ne forment pas, à juste titre, par leur savoir, une classe à part Est-ce qu'il vient à personne l'idée de leur repro-

cher de se prévaloir de ces titres ? Chose beaucoup plus contestable, ne voyez-vous pas souvent le médecin de ville regarder son confrère de la campagne comme quantité négligeable ? Ne niez pas, la chose existe, et le public abonde dans cette opinion.

Que l'on ne vienne pas non plus soutenir, comme on le fait, que le titre de docteur représente le *summum* des connaissances dans les différentes branches des sciences. Avouez qu'une telle affirmation ne peut faire sourire tout docteur en médecine qui la lira, et qu'aucun docteur n'est tombé de son haut le jour où vous lui avez appris qu'il a été possible de créer de nouveaux examens réclamant un savoir plus étendu.

J'estime que la morale à tirer de cette immense levée de boucliers contre le nouveau Certificat ressemble, à s'y méprendre, à celle de la fable du Renard et des Raisins. Moi aussi, je trouve les raisins trop verts, mais je ne verrais aucun mal à ce qu'un confrère ait l'idée de se prévaloir d'un nouveau titre, si ce titre a réclamé de lui une ou plusieurs années d'un travail acharné.

J'ai vu dans les conclusions d'un groupement médical contre le Certificat, qu'il fallait employer *tous les moyens, même politiques*, pour faire rapporter le décret. Eh bien ! si les médecins sont de *bons* contribuables, comme on se plaisait à le dire, et comme je le reconnais moi-même quelquefois avec douleur, ils ne forment cependant pas la majorité des contribuables, et celle-ci, j'en suis convaincu, ne peut pas avoir à se plaindre du décret du 25 juillet 1906. Aussi, je crois que ce serait faire fausse route que de mettre la question sur ce terrain.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternel.

Le Hénnaff.
Membre du « Concours Médical »

Pour l'Assemblée nationale des Praticiens

Carentan, le 18 novembre 1906.

Monsieur le Directeur,

Je donne mon entière adhésion à l'Assemblée des Praticiens. Je verserai la cotisation qu'il faudra.

Deux buts à poursuivre à mon humble avis :

1° L'application réelle, pratique, *du libre choix du médecin à toutes les collectivités*, y compris les administrations publiques.

2° Discussion du tarif accidents, et du rapport du Dr Mortagne, de tout point parfait. Cette question est capitale, vitale, pour les médecins.

Quant à la réforme des études médicales, ce peut être un bon tremplin mais 99/100 des praticiens ne sauraient s'échauffer là dessus. L'étudiant travailleur apprend tout ce qu'il veut ; perdre un an à la Faculté des Sciences ou à la Faculté de médecine, c'est bonnet blanc et blanc bonnet. Questions de boutique simplement.

M. Mortagne a raison, mieux vaut laisser discuter en dehors de nous un tarif qui méconnaît tous nos intérêts. On ne peut dire après : Vous avez acquiescé à ce règlement, vous devez l'accepter.

Si de cette « Assemblée nationale médicale » ne sortent pas notre émancipation et un tarif équitable, le corps médical peut faire sienne l'exclamation du poète : « laissez toute espérance ».

Le tarif est capital parce qu'il sera la base de toutes les évaluations futures de la magistrature.

Bonne chance. Bien sincères salutations.

Lemelltier.

P. S. Chez tout médecin sensé et ordonné, les 9/10 des consultations se paient au comptant et immédiatement, sauf pour les clients anciens et connus ; il serait possible d'appliquer cette règle aux blessés, aux accidentés. Ce sont des inconnus, ils doivent payer aussitôt, le jour même, eux, leur patron ou l'assurance.

Contre le certificat d'études supérieures

Mareuil-sur-Belle, 19 novembre 1906

Mes bien chers confrères,

Membre du Concours, je tiens à venir sans tarder vous donner mon adhésion enthousiaste à l'*Assemblée médicale nationale*.

Honneur et merci à vous tous, les chefs de ce grand mouvement, et puisse un succès éclatant récompenser vos efforts.

Le corps médical a trop longtemps gardé le silence. Et cela, il faut bien l'avouer, plus par apathie et *indifférence coupable* que par ignorance.

A l'heure actuelle même, où le danger presse, où nous devrons tous nous lever en masse et répondre à l'appel claironnant de nos dévoués Confrères de la Presse médicale qui, à votre exemple, demeurent toujours sur la brèche pour la défense de nos intérêts menacés, à l'heure dis-je où il nous faudrait plus que jamais nous compter pour marcher unis à la décisive bataille. on compte, hélas ! bien des abstentions, bien des défaillances ! !

Pour moi, qui n'ai jamais connu cette indifférence toutes les fois qu'il s'est agi d'encourager un projet de défense professionnelle, j'ai déjà donné mon adhésion à la lutte engagée par le Tiers Etat médical pour la réforme des études médicales et la suppression de cette nouvelle fleur du mandarinat qui sévit sur notre pays et qu'on nomme le Certificat d'études médicales supérieures.

Même, me rappelant que les francs-tireurs ont pu parfois préparer la victoire, mais non la gagner entièrement, j'ai tenu à vous dire que j'étais aussi de cœur avec vous, prenant vaillamment ma place dans les rangs de l'armée qui doit se lever en masse pour assurer et par achever la victoire.

Croyez, mes bien chers confrères, à mes meilleurs et très dévoués sentiments et aux souhaits bien sincères que je forme pour les succès de notre cause.

Dr Mantelin.

REPORTAGE MÉDICAL

Faculté et hôpitaux.

Sous la direction de M. Lermoyez, médecin des hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, MM. Paul Laurens et Hautant, assistants, commenceront, le lundi 3 décembre 1906, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologique.

Ce cours aura lieu tous les jours à 8 h. 1/2 du matin. Il sera complet en 30 leçons.

Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance dans le service auprès de M. Paul Laurens.

— Une série de 30 conférences théoriques et pratiques sur les maladies de l'appareil circulatoire, du cœur et du système nerveux chez l'enfant sera faite pendant les mois de décembre 1906 et janvier 1907. à l'hôpital des Enfants-Malades. par MM Armand-Delille et L. Babonneix, chefs de clinique médicale infantile de la Faculté. Le nombre des élèves est limité à 15. Les conférences auront lieu les mardi, mercredi et vendredi à 4 h. La première conférence aura lieu le mardi 4 décembre à 4 h. à la salle des cours de la clinique.

Le droit à verser est de 100 francs. Pour renseignements complémentaires, s'adresser à M. P. Armand-Delille, chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

— M. E. Barié, commence ses conférences de clinique et thérapeutique sur les maladies, du cœur et des vaisseaux le mercredi 5 décembre, à 10 h. à l'hopital Laënnec, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodique médicales.

Assemblée générale commune du "Concours Médical" et du "Sou Médical"

19 NOVEMBRE 1906

La séance est ouverte à deux heures dans un salon du restaurant Marguery.

Prennent place au bureau, autour de M. Gassot président, MM. Jeanne, Maurat, Cézilly, Diverneresse, Vimont, De Grissac ; Me Gatineau, *avocat-conseil*, MM. Thadée et Coze, *assesseurs*, P. Huguenin, P. Lacroix, de Grissac fils, *secrétaires de la séance.*

Allocution du président.

M. le Dr Gassot ouvre la séance par les paroles ci-dessous.

Messieurs et chers Confrères,

Je me rappelle un temps où la préparation de l'ordre du jour de notre Assemblée générale constituait une grosse affaire pour le Conseil de direction : il fallait rechercher les questions intéressantes et discuter si telle ou telle pouvait être utilement soumise à vos discussions.

Les années ont passé, la préparation de l'ordre du jour reste toujours une affaire importante, mais la préoccupation n'est plus la même : ce qu'il nous faut maintenant, c'est éviter l'encombrement de cet ordre du jour, c'est discuter si telle ou telle question peut sans inconvénient en être écartée.

Et c'est pour remédier à un état de choses qui, chaque année, allait en s'aggravant que nous nous sommes décidés à rompre avec les errements anciens et à faire pour le *Concours médical*, société d'études, et pour le *Sou médical*, société d'action, une Assemblée générale commune. Par le temps qui court, l'étude pour nous ne se sépare guère de l'action : sous peine de risquer de perdre la bataille en arrivant trop tard, il nous faut mettre à exécution immédiate des décisions à peine prises pour faire face à des éventualités qui, à peine conçues, se réalisent. Les efforts du *Concours* et ceux du *Sou médical* tendent de plus en plus à se confondre : il ne saurait donc y avoir grand inconvénient à les juger ensemble pour l'année écoulée, à les préparer pour l'année qui commence.

Vous avez lu, dans le journal, le rapport du Conseil de direction ; je n'ai rien à y ajouter et je ne veux pas le refaire à nouveau : laissez-moi seulement arrêter un instant votre attention sur l'énorme labeur que nécessite la présence de nos représentants dans toutes les commissions, dans toutes les réunions où se discutent les intérêts du corps médical.

Cette activité incessante, fébrile, que doivent déployer Jeanne et Diverneresse, je ne sais en vérité si vous la concevez bien : l'apprécier sur ses résultats positifs serait insuffisant ; c'est sur ce qu'elle empêche, sur les résultats négatifs, qu'il faut surtout la juger, et vous ne pouvez vous faire qu'une faible idée du nombre des embûches qui leur sont tendues, de la quantité de chausse-trapes qui sont semées sous leurs pas par des adversaires aussi inventifs que peu scrupuleux.

Ils continueront, nous le savons, à combattre le bon combat, mais une aide puissante va leur manquer : ils n'auront plus comme soutien la grande autorité morale que possédait Brouardel, ni, comme réconfort, son aménité vraiment confraternelle. Nous avons fait une perte irréparable en la personne du vénéré Président de l'Association Générale, et nos représentants auront fort à faire pour que sa disparition ne pèse pas trop longtemps sur les destinées du Corps médical.

Brouardel, vous le savez, avait été le grand artisan de la concentration de nos divers groupements professionnels, et vous l'avez vu, rompant avec les traditions d'un passé qu'il voulait faire oublier, s'asseoir à nos banquets fraternels pour y prêcher la concorde et l'union, pour y prendre le mot d'ordre de la démocratie médicale. C'est à notre défense qu'il voulait consacrer ses derniers efforts, et on peut dire qu'il est mort sur la brèche — Nous ne l'oublierons pas. (*Applaudissements.*)

L'œuvre de Brouardel n'est d'ailleurs pas perdue ; elle sera reprise et continuée par son successeur si, comme nous l'espérons bien, nos confrères, par leurs suffrages unanimes, portent à la présidence de l'Association Générale l'homme qui avait été son bras droit dans sa campagne de rapprochement et d'union. C'est, nous pouvons bien le dire, avec une satisfaction véritable que nous avons vu le Conseil Général de l'Association proposer, à l'unanimité, M. Lereboullet comme candidat à la présidence, ratifiant ainsi le vœu que le Concours avait été le premier à émettre. (Applaudissements.)

N'est-ce pas là, mes chers confrères, un signe que les temps sont bien et définitivement changés ?

La continuité, la sincérité, l'honnêteté de nos efforts ne pouvaient rester indéfiniment méconnues, et le moment devait arriver où justice leur serait enfin rendue ; il devait en être du *Concours* comme des syndicats que l'on affectait d'ignorer : ils ont fait dessiller les yeux qui ne voulaient point voir, ouvert les oreilles qui ne voulaient point entendre, ils ont forcé l'estime et la sympathie.

Et ce doit être pour nous une raison de persévérer dans la voie que dès le premier jour, nous nous sommes tracée, dont nous ne nous sommes jamais écartés un instant.

Nous avons toujours marché de l'avant, n'ayant d'autre but que le bien de notre profession, nous continuerons : l'utopie de la veille devient la réalité de demain, et le temps se charge de récompenser les efforts désintéressés de ceux qui n'ont en vue que le triomphe d'une cause juste. (*Applaudissements.*)

D'ailleurs, chers confrères, ne sommes-nous pas toujours restés en parfaite communauté d'idées avec vous ? Notre œuvre n'est-elle pas la vôtre, chacun ayant eu à cœur d'apporter sa pierre ? Le journal, vous le savez a été ouvert largement à toutes les idées nouvelles à toutes les initiatives ; l'Assemblée Générale a discuté toutes les propositions, elles a mis en œuvre *toutes* les organisations sorties victorieuses de ces discussions, et votre Conseil de Direction a *toujours* mis *tous* ses efforts et *tous* ses soins à faire vivre et prospérer ces organisations, à donner à ces propositions la suite pratique qu'elles pouvaient comporter.

C'est ainsi que tous nous avons poursuivi cette œuvre. Nous continuerons aujourd'hui en abordant notre ordre du jour. (*Applaudissements.*)

M. le Président.— Je prie M. le Dr Maurat de vous rappeler dès maintenant les dépenses de l'exercice écoulé.

Rapport du Trésorier.

M. *Maurat.* — Vous avez lu au journal, Messieurs, et pu examiner à loisir nos comptes de 1905-1906. Sans perdre un temps précieux à vous en donner nouvelle lecture je me mets à votre disposition pour répondre aux éclaircissements qui pourraient être demandés.

M le Président. — Je vois que personne ne réclame la parole : il ne me reste donc qu'à faire voter l'approbation des comptes publiés.

(*Les comptes sont adoptés à l'unanimité.*)

M. le Dr Maurat.— Avant la séance, plusieurs confrères auxquels je communiquais mon projet de

budget m'ont dit : « Nous allons chambarder vos chiffres par des propositions de dépenses ». C'est le droit et le devoir de l'Assemblée ; le mien consiste à lui dire dans quelle mesure elle peut sans danger se livrer à ce petit exercice.

Voici les propositions que je vous soumets pour 1906-1907 : elles laissent une marge intéressante.

Recettes.

Avoir disponible à ce jour	2402.85
Revenu probable du portefeuille	4000.00
Dons probables basés sur l'exercice précédent	230.00
Recette approximative sur les remplacements	567.15
	7200.00

Dépenses.

Indemnités à verser aux correspondants présents à cette Assemblée	1500
Somme égale pour cette même dépense l'an prochain	1500
Frais probables du banquet 1906	1500
Déplacements des membres du Conseil	800
A la disposition de l'Assemblée	1900
Total	7200

M. le Président. — Retenez, Messieurs, le chiffre du disponible en vue des propositions de dépenses qui pourraient surgir au cours de la séance.

Et maintenant passons à nos études.

La parole est à M. le Dr Vimont pour la lecture de son rapport sur nos relations avec la mutualité-maladie.

Les médecins et les mutuelles maladies.

M. le Dr Vimont :

Mes chers Confrères,

Vous connaissez tous l'histoire et la marche de la Mutualité. Au début, les sociétés mutuelles, destinées à des ouvriers et des employés de situation modeste, recueillirent rapidement dans un but philantropique l'adhésion du corps médical. La situation s'est, depuis, modifiée ; les gens aisés se sont faufilés petit à petit dans les sociétés, qui sont devenues, pour beaucoup, des sociétés d'avarice mutuelle. Les chefs d'industrie créèrent à leur tour des sociétés obligatoires pour leurs ouvriers et, sous prétexte de solidarité, purent avoir ainsi la main mise sur leur personnel malade et s'assurer, grâce au concours de médecins à leur solde, de la qualité de leur machinisme humain. Enfin, à l'heure actuelle, le cercle de la Mutualité s'élargit, elle cherche à englober tout le monde, à devenir pour tous, selon le journal le *Matin*, une assurance maladie économique, et M. Deschanel appelle de ses vœux le moment où la France entière sera mutualiste.

En présence de ces syndicats de malades créés pour imposer aux médecins des salaires humiliants, visant à faire à tous une distribution de soins bon marché, sans souci de la qualité, sans respect de la liberté individuelle, les médecins ont élevé la voix au sein du Conseil de la Mutualité où les Syndicats médicaux obtinrent d'être représentés, après bien des luttes.

Notre représentant, le Dr Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux de France et membre du Conseil de l'Association générale, après un plaidoyer éloquent où il démontrait la justice et l'utilité du libre choix du médecin par le malade, proposait la modification suivante à l'article 6 de la loi de 1898 :

« S'il est créé des secours en cas de maladie, chaque membre participant aura le droit de choisir librement son médecin et son pharmacien.

« Il est alloué à tout participant malade une indemnité journalière spécialement affectée au payement des frais médicaux et pharmaceutiques. »

« Cette indemnité, qui sera réglée en fin de maladie ou en fin d'exercice, sera indépendante de l'indemnité journalière d'incapacité de travail. »

Après discussion le projet fut rejeté par 25 voix contre deux, celle du professeur Lannelongue et celle du Dr Gairal.

Devant l'intransigeance des dirigeants de la Mutualité, qui montraient ainsi leur volonté de ne faire aucune concession au corps médical, de nombreux conflits éclatèrent entre médecins et mutualistes, entre autres, à Lyon, Lorient, Nice, Saint-Ouen, et plus récemment à Troyes, à Villeneuve-d'Agen, à Montpellier.

A Lyon, les médecins, bien syndiqués, eurent gain de cause ; même résultat à Montpellier, où fut reconnu le principe du libre choix du médecin, le paiement à la visite, et établi un tarif qui, s'il n'était pas parfait, était préférable à celui de jadis. Dans d'autres villes, les médecins ont succombé momentanément grâce à la présence de renégats et de traîtres. Mais la partie n'est pas perdue et le bon sens mutualiste finira par l'emporter.

La mutualité, en effet, comprend deux éléments distincts : l'état-major mutualiste, à qui la Mutualité sert de tremplin, est la source d'honneurs, de décorations, d'influence politique et de grasses sinécures de 15000 à 20000 fr., comme nous en connaissons des exemples ; — et le bon populo mutualiste qui, comme le contribuable, paie et n'en a pas pour son argent. Il viendra un jour où ces mutualistes désabusés se mettront en grève contre les chefs qui les exploitent, surtout quand ils verront que dans une ville tous les médecins honorablement connus refusent de les soigner pour un salaire de famine et qu'on est réduit à faire venir on ne sait d'où un monsieur quelconque n'offrant comme garantie morale que sa situation de renégat et son âpreté au gain qui lui fait encourir le mépris de ses confrères pour recueillir un taux d'honoraires que n'accepterait pas, comme pourboire, un domestique.

Du reste, l'accord est loin d'être parfait parmi les dirigeants de la Mutualité. Si les uns, avec M. Mabilleau, désirent le statu quo, c'est-à-dire l'asservissement des sociétaires, d'autres bons esprits, comme M. Lépine, M. Sarraut, de Toulouse, et M. Dedé, veulent un régime de liberté dont justement la base est la liberté de confiance.

Au cours de cette année, ému par les conflits sans cesse renaissants, M. Mabilleau, au nom du Conseil supérieur de la Mutualité, proposa la réunion d'une commission mixte composée de membres dirigeants de la Mutualité et de représentants des groupements médicaux ayant pour but d'étudier un *modus*

vivendi destiné à rétablir l'accord entre médecins et mutualistes. Cette commission se réunit trois fois au siège de l'Union des Syndicats médicaux de France sous la présidence de M. Loubet. Ces premières entrevues ne donnèrent aucun résultat et la commission se sépara pour la période des vacances et devait se réunir après une enquête au cours de laquelle on devrait rechercher le nombre et la situation pécuniaire des sociétés pratiquant le libre choix du médecin. Comme ces sociétés sont nombreuses et florissantes, ces messieurs les dirigeants mutualistes doivent se trouver embarrassés et ne se pressent pas de réunir à nouveau la commission.

Néanmoins, pendant la période des vacances, les mutualistes se sont réunis dans le but de faire apporter à la loi de 1898 des modifications qui leur seraient favorables. Ne nous endormons pas sur les assurances données ; nous sommes en période d'armistice, mais l'armistice permet de réparer les forces pour les combats du lendemain.

Ne perdons pas de vue ce que disait *La Mutualité nationale* dans son numéro du 15 mai 1906 : « Que si, malgré le vif désir des mutualistes de vivre en bonne intelligence avec les médecins, ils doivent passer à l'état de défense contre des exigences immodérées ; l'abrogation de l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892, conférant par exception au corps médical le bénéfice de la loi du 21 mars 1884 sur les Syndicats professionnels pourrait s'imposer, et alors il y aurait lieu de porter cette question à l'ordre du jour du Congrès national de la Mutualité qui se tiendra à Nice l'an prochain ». Ceci nous renseigne sur les idées de conciliation des mutualistes. Quant aux menaces elles-mêmes, elles ne peuvent que provoquer un immense éclat de rire. Au moment où l'on s'occupe de l'extension des libertés syndicales, si jamais on osait attenter à la liberté syndicale du corps médical, tous les autres syndicats également menacés se soulèveraient dans un immense mouvement dont nous ne pourrions prévoir l'issue. D'autre part, il serait toujours facile de se grouper en sociétés ou asssociations avec une cohésion que seule peut donner la persécution.

Notre programme est net, qu'il soit celui du corps médical tout entier. Il y a d'abord deux principes intangibles : celui du libre choix du médecin par le malade et le paiement à la visite. La discussion ne peut porter que sur les voies et moyens d'arriver à une entente sur ces points. Un autre point secondaire doit venir en discussion : le tarif sera celui de la classe sociale à laquelle appartient le malade, la caisse de la société n'étant responsable que jusqu'à une certaine somme, le reste étant à la charge du malade.

Ce programme bien établi, la campagne doit continuer non pas contre la mutualité en général mais contre sa forme actuelle, qui est la négation d'une des formes principales de la liberté humaine : la liberté de conscience.

Tous les moyens à mettre en œuvre sont bons. Ils varieront selon les groupements, les pays, l'esprit et le tempérament des populations.

Ce qu'il faut d'abord, c'est la formation de syndicats nombreux, bien organisés, avec une discipline syndicale étroite, avec des statuts analogues à ceux du Syndicat de l'arr. de Versailles. Puis, en cas de conflits avec les mutualités, la mise à l'index sévère et absolue des confrères renégats, non seulement dans les syndicats locaux, mais dans les syndicats régionaux ou les fédérations syndicales ; que cette flétrissure les poursuive jusqu'au jour où ils auront fait amende honorable. De plus, et surtout, il faut poursuivre l'éducation des mutualistes, leur montrer comme ils sont mal soignés, avec quelle désinvolture ils sont traités par les chefs mutualistes, quel mince intérêt on prend de leur santé, puisque le choix des médecins est basé sur l'adjudication des soins au rabais. Cette propagande se fera par la voie de la presse, les affiches, les conférences, les brochures à bon marché, les images, etc. ; tous les moyens de conciliation essayés. S'il est nécessaire, cesser toute relation avec les sociétés mutuelles de telle ou telle ville, les sociétaires n'étant plus considérés que comme malades ordinaires. S'il en est besoin, nous fonderons des sociétés mutuelles dans lesquelles seront respectés les grands principes que nous défendons, le libre choix du médecin par la suppression des services médicaux et pharmaceutiques ; auquel nous ajouterons l'établissement des retraites par le livret individuel qui reste toujours la propriété du titulaire : le fonds commun, qu'on pourrait aussi bien appeler fonds perdu étant le mode habituel des retraites mutualistes. C'est l'ensemble des sommes versées au capital aliéné par les sociétés dans les caisses de l'Etat et dont il paie un intérêt à 4 1/2 % qui constitue les retraites des sociétaires.

On fait miroiter l'intérêt à 4 1/2 %, pour attirer les gogos, mais il faudrait être d'une naïveté absolue pour supposer que l'Etat continuera à payer ce taux d'intérêt aux Sociétés lorsque la mutualité s'étendra à toute la population : je crains plutôt qu'elle n'y perde ses capitaux. Le livret individuel assure l'indépendance du titulaire et lui permet mieux de cesser d'appartenir à une Société et d'entrer dans une autre sans perdre aucun de ses droits de prévoyance : c'est le régime de la liberté.

Quelle que soit la forme que revête la lutte, nos groupements le *Concours* et le *Sou* seront avec vous et vous donneront l'appui moral et financier s'il était utile.

Il se forme actuellement une Assemblée nationale de praticiens sur la question de la réforme des études médicales, assemblée qui sera l'émanation de tous les centres médicaux. Que ce groupement se constitue en chambre permanente de défense professionnelle, forme une véritable chambre des députés médicaux ayant pour mission de poursuivre la solution de toutes les grandes questions intéressant la profession e avant tout la question de la Mutualité.

Que nous tous agissions auprès de nos représentants pour les amener à appuyer un projet de loi déposé à la Chambre par un parlementaire qui consacrerait le libre choix du médecin déjà reconnu par la loi des accidents du travail et, en pratique courante, pour l'assistance médicale gratuite. Qu'il soit fait défense à toute organisation (Etat, département, communes, administrations, sociétés) prenant à sa charge les frais de maladie, d'assurer ces soins en nature.

En défendant cette cause qui intéresse autant le public que les médecins, en nous posant résolument en défenseurs de la liberté de confiance qui n'est qu'une manifestation spéciale de la liberté individuelle, liberté aussi sacrée que la liberté de conscience, nous serons soutenus par tous les vrais défenseurs de la liberté, notamment par nos camarades des syndicats d'ouvriers et d'employés.

Serrons les rangs, redoublons d'énergie, il y a encore des bastilles à détruire. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Verhaeghe (de Lille) insiste sur la nécessité de faire imposer le libre choix à ces S.S. M. de mines, d'usines, etc... que paraît avoir visées l'article 5 de la loi-accidents sans les avoir soumises à l'obligation édictée en l'article 4.

Me Gatineau serait d'avis que le principe du libre choix fût inséré dans les statuts types que l'on propose aux mutuelles, et croit que M. Gairal serait bien placé pour nous faire obtenir cette satisfaction en protestant, sans cesse, contre l'immoralité des contrats passés entre les bureaux des mutuelles et certains médecins.

M. le Dr Gairal fait remarquer que, même par voie de statuts-types, on ne peut rien imposer. Il estime qu'il faut surtout, par persuasion, modifier les habitudes, les routines. C'est une prédication à laquelle chacun de nous doit se livrer.

M. le Dr Diverneresse fait observer que si, dans la loi-accidents, une S.S. M. se substitue aux patrons dans leurs obligations, il serait bon de faire juger que, parmi celles-ci se trouve sans conteste celle de respecter la liberté des blessés.

M. le Dr Vimont ajoute à ses observations :

1° Que les Sociétés qui usent du système de l'indemnité-maladie sans avoir de service médical sont prospères ;

2° Que si, dans ce système, les médecins craignaient pour leurs recouvrements d'honoraires ils pourraient les opérer par constitution de caisses syndicales.

Après diverses interventions de MM. Moreau (de Versailles), De Grissac, Jeanne, Diverneresse, l'assemblée adopte à l'unanimité l'ordre du jour suivant.

« Les membres du *Concours* et du *Sou médical*, réunis le 18 novembre 1906,

Approuvent pleinement le rapport de M. le Dr Vimont, vice-président du *Sou médical* et de M. le Dr Diverneresse et décident :

Que les médecins individuellement et par leurs groupements, doivent, en toute occasion, dans chacun de leurs rapports avec les S. S. M. appuyer leurs revendications touchant la liberté de choix du médecin, *sur le principe de l'immoralité des contrats écrits ou verbaux qui n'en tiennent pas compte* ;

Que les Conseils du *Concours* et du *Sou médical*, sans même attendre la révision de la loi mutuelle et de la loi-accidents, sont chargés de réclamer l'insertion dans les statuts types des S. S. M. de l'obligation déjà inscrite dans l'article 4 de la loi accidents, de façon à y soumettre en même temps celles que vise l'article 5 de cette dernière loi ;

Qu'il faudra provoquer, dès que surgira sur ce point une espèce litigieuse soumise au *Sou médical*, un avis de jurisprudence qui fasse rentrer le respect de la liberté du choix du médecin dans le nombre des obligations pour lesquelles toute société se substitue aux chefs d'entreprise. »

Les campagnes menées avec l'Union des Syndicats

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Jeanne, qui nous rendra compte, sur les trois questions suivantes de l'ordre du jour, des décisions prises hier à l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats.

M. le Dr Jeanne. — Messieurs, je vous parlerai d'abord de la *Réorganisation du syndicalisme médical en France*, question soulevée par les Fédérations du Nord et du Sud-Est.

Les idées de MM. Bolliet (de Lyon) et Lambin (de Lille), idées que vous connaissez par le journal, eussent trouvé tout le monde d'accord, hier, si nos camarades, après avoir montré les Fédérations régionales centres de création, d'impulsion et de régulation des syndicats, n'avaient pas trop laissé dans l'ombre la nécessité du rattachement, par la cotisation actuelle, de ces Fédérations à l'Union centrale telle qu'elle est et telle qu'on pourra l'améliorer suivant les plans proposés qui n'ont rien de subversif.

Mais, faute d'un mandat ferme qui leur permît de s'engager sur ce point, nos amis du Nord et du Sud-Est se sont heurtés à une discussion inquiète et qui ne pouvait pas n'être pas un peu confuse, partant pénible et prolongée.

A vous syndiqués, pères ou amis des syndicats médicaux qui sont nés dans la maison du Concours médical, nous sommes heureux de n'avoir qu'une bonne nouvelle à donner : celle-ci. La discussion s'est terminée par l'adoption à l'unanimité de l'ordre du jour suivant, signé Granjux et Jeanne.

« L'Union des Syndicats médicaux, considérant que, jusqu'à ce jour, les groupements provinciaux de Syndicats n'ont pas adhéré à cette Union, ne peut que donner son approbation à la constitution des Fédérations de ce genre, à la condition que leurs statuts imposent le rattachement à l'Union avec les obligations financières qui en résultent. » (*Très bien, très bien.*)

***

Mon deuxième récit portera sur ce qui fut décidé par le Comité provisoire qui s'est constitué afin de réunir et consulter une *Assemblée nationale des praticiens* sur la question du Certificat d'études médicales supérieures et sur celle de la Réforme des Etudes médicales dans un sens d'enseignement pratique, comme vous l'aviez souhaité ici depuis longtemps.

Les délégués présents, au nombre d'une trentaine, sont tombés d'accord qu'à ces deux points devait en être joint un autre : l'affirmation par cette assemblée de son désir de voir les malades et blessés conserver, partout et toujours, sous toutes lois, sous tous statuts des collectivités auxquelles ils peuvent appartenir, le droit absolu de choisir leur médecin. (*Très bien.*)

Il a été nommé un Bureau provisoire et une commission permanente qui se sont réunis hier soir, après la séance de l'Union. Ceux-ci paraissent d'avis que l'Assemblée nationale devra se composer de délégués élus dans les arrondissements ou dans les circonscriptions législatives par tous les praticiens répondant à la convocation des groupements ou, à défaut, de correspondants choisis par le Bureau. Ces délégués auraient seuls droit de vote à l'Assemblée.

Les choses en sont là.

M. le Dr Delpeut. — Quoique délégué d'un syndicat, je n'ai pu assister à cette réunion d'hier soir. J'y aurais demandé le droit de vote pour tous les présents à l'Assemblée.

M. le Dr Jeanne. — Cette proposition a été fort bien soutenue par M. le Dr Rachet, délégué du Syndicat de Pont-l'Evêque, appuyé par plusieurs confrères. Il semble bien, car rien n'est irrévocablement arrêté, que la majorité, pour éviter confusion et surprises, en tient pour le vote des seuls délégués munis de pouvoirs.

M. le Dr Cézilly. — Les étudiants seraient-ils représentés?

M. le Dr Jeanne. — Oui, également par délégués élus : ils en ont déjà dans le Comité et le Bureau.

M. le Dr R. Sorel. — Tout en reconnaissant que tous les praticiens seront en principe représentés par le système proposé, je crains pourtant que les groupements ne fassent pas une part suffisante aux non groupés parmi lesquels peuvent se trouver des hommes particulièrement renseignés et compétents. Il me paraît donc désirable que le droit de vote soit aussi accordé aux présents s'inscrivant individuellement.

M. le Dr Vimont. — Gare aux surprises !

M. le Dr Sorel. — Elles ne sont pas à redouter, car les délégués représenteront une telle masse de voix que rien ne pourrait prévaloir contre cette masse si elle a une opinion faite.

M. le Dr Jeanne. — Je propose que les délégués du *Concours* et du *Sou* au Comité transmettent votre désir à celui-ci et lui soumettent vos arguments.

(*Cette proposition est adoptée.*)

M. le Président. — Le Conseil vous demande de plus, Messieurs, de lui laisser l'appréciation du prélèvement à faire sur les fonds disponibles du *Concours*, pour aider à l'organisation de cette Assemblée. (*Adopté à l'unanimité.*)

***

M. le Dr Jeanne. — J'ai rappelé hier à l'Union des Syndicats médicaux comment ses délégués à la Commission du *Tarif accidents* ont participé cette année aux relèvements prévus par l'article 1er de ce tarif.

Ma communication a été faite dans les termes suivants :

« La Direction de l'assurance et de la prévoyance sociale s'était livrée à l'examen de tous les dossiers au préalable.

« Pour la très grande majorité de ceux-ci, elle avait constaté l'accord des médecins, des assureurs et de l'Administration à reconnaître le prix de 2 fr. ou plus, pratiqué dans ces localités avant 1901, quel que fût le chiffre de la population.

« La Commission, à l'unanimité, proposa donc de trancher la question, en ce qui concernait ces localités, par le *Vu* que, dans le décret, nos journaux ont reproduit en italiques. *Il assigne le prix de 2 francs en réponse aux demandes des communes dont les noms ne figurent pas dans la triple énumération qui constitue les trois articles de l'arrêté.*

« La Commission examina ensuite, espèce par espèce, le cas des localités où les résultats de l'enquête paraissaient discordants. *L'arrêté les désigne nominativement mais en bornant son énumération aux noms des communes où réside le médecin demandeur, le même prix s'appliquant aux communes qu'il visite avec l'indemnité kilométrique en plus, suivant la distance.*

« Nous prions nos confrères de bien retenir ces observations et d'en conserver soigneusement le texte, pour être mis s'il y a lieu sous les yeux des juges non informés ou mal informés, en même temps que celui de l'arrêté nouveau.

« Il va sans dire que les prix nouveaux ne sont applicables qu'aux sinistres survenus après le 26 juillet 1906, de même que les précédents visaient les sinistres postérieurs au 30 novembre 1905.

« Voilà pour le passé.

« Mais la loi elle-même prévoit, pour l'an 1907, une révision plus importante du Tarif ; d'autre part il sera devenu applicable aux blessés des professions commerciales et peut-être même de l'agriculture. Devant ces éventualités si graves vos délégués voudraient savoir quelles instructions vous entendrez leur donner. »

M. le Dr Gairal, président de l'Union, serait bien aimable de vous dire ce qui s'est passé après ma question à nos mandants des syndicats.

M. le Dr Gairal. — Les mandants se sont livrés à une très vive critique du Tarif officiel, sur des points que vous connaissez, mais notamment sur l'adoption de prix unique pour l'indemnité kilométrique quand cet élément doit être variable par région, sur la façon illogique et injuste de mesurer et rétribuer les parcours, sur la rémunération de scribe attachée à des certificats dont on ne peut jamais contester l'importance ; sur la fantaisie des classifications et distinctions subtiles qui semblent avoir été mises là pour ouvrir la porte aux interprétations les plus abusivement chicanières ; sur l'arbitraire qui a subordonné tous les chiffres à celui de la population des communes, chose aussi inexplicable qu'injuste ; même sur la façon dont fut rédigé, cette année, par insuffisance d'énumération, le décret portant modification des prix après enquête.

Bref, nos délégués ont été aussi maltraités que le permettait la sympathie personnelle dont ils jouissent et qui n'est pas en cause.

Après quoi l'Assemblée leur a donné mandat : 1° *de répéter que le concours nécessaire des médecins ne sera acquis à l'application de la loi accidents que si leurs interventions dans celle-ci sont rétribuées suivant le tarif régional adopté pour les victimes d'après la classe sociale à laquelle elles appartiennent ; 2° pour le cas où il faudrait encore, en attendant révision de la loi, laisser une dette de la victime au médecin et exposer celui-ci à en perdre le montant, ils ne devraient plus en tout cas, dans les négociations futures, accepter de transactions aussi iniques et inapplicables que celles critiquées par l'assemblée.* (Très bien.)

M. le Dr Jeanne expose en quelques mots jusqu'où les délégués médicaux ont poussé la résistance aux prétentions adverses du Tarif. Il reconnaît pourtant qu'il est des capitulations qu'on ne devrait peut-être pas contresigner, mais alors il faut pouvoir se couvrir d'un mandat impératif, car la responsabilité, sans cela, vous écrase.

M. le Dr Camescasse. — Sans aller jusqu'à admettre l'idée de mandat impératif, je crois devoir justifier notre confrère Jeanne quand il réclamait des instructions précises.

Il ne nous faut, pour cela, qu'exprimer vivement, violemment même, les sentiments que nous avons

éprouvés en lisant le Tarif ministériel. Il nous faut blâmer nos mandataires, tout simplement.

Pour ne retenir que les idées principales, nous avons tout d'abord été blessés par les visites à trente sous. Il est possible que, dans quelque coin, des confrères soient réduits à ce salaire indigne ; c'est alors aux bénéficiaires à faire la preuve. Mais que cela devînt une mesure appliquée à tous les médecins de village, contrairement à tous les précédents, c'était inique, c'était odieux.

Cependant ce Tarif, que le diable..., nous ménageait une autre surprise. C'est ce que j'appellerai *le coup* de la limite *du territoire* de la commune-résidence.

Quant à nous, gens de Seine-et-Oise, lorsque nous nous fûmes bien convaincus que cette sottise était écrite et *signée de nos représentants*, nous avons délibéré sur la nécessité de leur voter un blâme et particulièrement au Dr Jeanne. (*Mouvements.*)

Parfaitement ! mes chers confrères, j'ai proposé de voter un blâme à mon ami Jeanne, ici présent. Et si cela n'a pas été fait, c'est pour cette seule raison que Jeanne n'assistait pas à notre réunion ce jour-là.

Mais notre opinion versaillaise fut que Jeanne aurait dû, *in fine*, revenir sur cette origine des kilomètres et dire « si on ne change pas cette disposition contraire au bon sens, absurde... (UNE VOIX : idiote !).

M. *Camescasse*. — Parfaitement, cette disposition est idiote ! « si on ne change pas cette disposition idiote, je ne signe pas le rapport. »

Ce n'est pas le mandat impératif, mais c'est un mandat pressant, *impérieux*, que nous donnons ainsi à Jeanne de poursuivre cette modification-là en particulier.

N'ayez pas d'émotion, d'ailleurs, mes chers confrères. Aujourd'hui Jeanne est là et il sait quelle estime j'ai pour lui. Il vient de nous faire des excuses ; je les accepte et je lui dis, fraternellement, qu'il a raison de s'excuser : il a péché, contre sa volonté, c'est vrai, mais il a péché ce jour-là.

Que celui qui n'a jamais péché.........

J'aime Jeanne, mais de son œuvre il est un morceau mauvais et je le lui dis. Je pense que vous allez le lui dire avec moi.

M. le *Président*.— Je reçois de M. Camescasse l'ordre du jour suivant :

« Les membres du *Concours médical* et du *Sou médical*, réunis en assemblée générale,

« Après avoir entendu M. le Dr Jeanne exposer les conditions dans lesquelles les représentants du « corps médical ont été amenés à signer le rapport de la commission du Tarif accidents du travail, re- « mercient leurs confrères des peines qu'ils ont prises, tout en regrettant vivement que des médecins « aient pu ;

« 1° Généraliser ou même admettre des visites à trente sous (sauf dans les lieux où ce tarif est pratiqué, si de tels lieux existent).

« 2° Adopter le décompte des kilomètres en commençant à la limite du territoire de la commune-résidence du médecin ; disposition qu'on ne pourrait qualifier qu'en employant des adjectifs violents et injurieux.

« 3° Contresigner l'unification du prix de l'indemnité kilométrique dans toutes les régions !

« 4° Discréditer nos certificats par l'honoraire de 2 fr. ou la gratuité ;

« 5° Mesurer la valeur de nos soins au chiffre de la population ;

« Et émettent le vœu que les représentants du Corps Médical se refusent à nouveau à souscrire, lors de la revision du tarif, à de semblables dispositions.

M. le Dr Jeanne.— Messieurs, je n'accepte le blâme, si amical qu'il soit, qu'en ce qui me concerne personnellement puisque, dans cette assemblée, je suis le seul des délégués que vous ayez le droit de mettre en cause.

Mais je l'accepte, parce que je l'ai mérité en trompant, par une défaillance d'un jour, l'inaltérable confiance que vous m'avez accordée pendant quinze ans ; je l'accepte aussi parce que j'aperçois bien que vous n'avez peut être pas d'autre moyen de traduire à cette heure le caractère impérieux que vous entendez donner à votre volonté, quand vous pressentez le danger que court la profession médicale. (*Très bien*).

L'ordre du jour est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

La loi-accidents et la déontologie

M. le Dr Verhaeghe.— Je demande à poser cette question : « Comment concilier les habitudes déontologiques et le droit absolu de la victime du travail de changer son médecin même en cours de traitement ?

M. le Dr Diverneresse.— J'ai traité ce point dans un article publié au no 41 du journal, et cela au nom des Conseils du *Concours* et du *Sou*. J'ai conclu que la volonté du blessé devait l'emporter sur toutes autres considérations, mais elle ne me paraît pas quand même inconciliable avec les formes déontologiques traditionnelles.

Après interventions de MM. Lande, Sorel, Boudin, Maurat, Gassot, l'Assemblée reconnaît que tout en faisant droit à la volonté du blessé, il faut user, dans la succession, des précautions déontologiques habituelles, et en faire comprendre la nécessité aux blessés eux-mêmes.

L'entente de la médecine et de la pharmacie.

M. le Dr Gassot, président, s'était réservé d'entretenir l'assemblée de la campagne entreprise pour le rapprochement des médecins et des pharmaciens. Le meilleur accueil est fait à sa courte communication qui clôt la partie de la séance plus spécialement réservée au *Concours Médical*.

M. le Dr Gassot. — Je ne vous apprendrai rien messieurs, en vous disant que, dans les familles, ne règne pas toujours entre sœurs, une union aussi parfaite qu'on pourrait le souhaiter : mais, vienne le patrimoine à être menacé un rapprochement s'opère qui peut-être le commencement de la réconciliation.

C'est ce qui devait arriver pour la Médecine et la Pharmacie.

Le jour où les délégués des deux professions se sont trouvés en présence des délégués des assurances-accidents dans la fameuse commission du tarif, ils ont compris que le rapprochement s'imposait pour tenir tête à l'ennemi commun.

Ce qui s'est passé à la Commission des accidents du travail s'est forcément renouvelé à la Commission de la mutualité et se reproduira encore, cela est certain — les délégués des médecins et des pharmaciens se retrouveront toujours dans le même camp.

En présence de cette situation, certains se sont demandé s'il était normal que les deux professions continuassent à vivre en sœurs ennemies, si le rapprochement des grands intérêts généraux ne devait pas s'étendre à des questions moins élevées, si, en un mot, il n'était pas possible de créer une entente entre médecins et pharmaciens qui, loin de nuire à personne, aurait pour tous les meilleurs résultats.

Le *Concours médical* a fait les avances : il a convié les délégués des grands groupements pharmaceutiques à s'unir aux délégués des groupements médicaux pour étudier en commun un projet de révision de la loi sur l'exercice de la pharmacie. Il a pensé en effet que si, sur ce terrain, l'entente était possible, elle se généraliserait bien vite à toutes les questions.

Il ne s'agit ni pour les médecins ni pour les pharmaciens de capituler devant des exigences réciproques: nous convions les uns et les autres à se placer en face de l'intérêt général qui, en l'espèce nous paraît devoir primer toute considération particulière.

Notre appel sera-t-il entendu ? Je l'ignore encore.

Quoi qu'il en soit, nous estimons qu'en agissant comme nous l'avons fait nous aurons rempli notre devoir.

Que si des propositions nouvelles, semblables à celles que nous connaisssons, devaient reparaître au Parlement, nous reprendrions notre liberté d'action et saurions accomplir, de nous-mêmes, l'œuvre que nous aurions voulu voir édifier en commun.

Mais je veux écarter cette hypothèse, et j'ai pour cela quelques raisons.

En même temps que le dévoué docteur Dubuisson reconstitue le groupe médical parlementaire dont le bureau est composé de MM. Labbé, Lannelongue, Pédebidou, sénateurs; Dubuisson, Cazeneuve, Devins, députés; les pharmaciens des deux chambres se réunissent de leur côté en un groupement dirigé par MM. Cazeneuve, César Duval, Limouzain-Laplanche, Schmidt et Bachimont.

Là encore un trait d'union peut se créer, là encore des conversations s'ouvriront.

Comptez sur nous pour suivre ces conversations, avec désir d'entente cordiale, sur les bases que nous avons esquissées et que nous savons les seules profitables à l'intérêt général et à nos deux professions. (Applaudissements.)

La lettre suivante contient un vœu que vous adopterez certainement, celui de vous livrer avec ardeur, comme nous, à l'étude de la question sous toutes ses faces et sans crainte des innovations.

15 novembre 1906.

Très honoré confrère,

J'ai attendu jusqu'à ce jour pour vous écrire, espérant pouvoir, lors de l'Assemblée Générale du Concours, vous remercier de vive voix de l'accueil bienveillant que vous aviez réservé à ma lettre concernant le libre exercice de la pharmacie par le médecin, et soulever une discussion à ce sujet.

Malheureusement, il m'est impossible d'assister à cette réunion. Je viens donc vous prier de vouloir bien soumettre mon projet aux nombreux confrères qui, plus favorisés que moi, auront le plaisir de se rencontrer à Paris. Je sais parfaitement que ce projet a besoin d'être profondément étudié ; je répète que ce n'est qu'une idée neuve que j'ai voulu fixer.

Cependant, je vous avoue franchement que je comptais sur un plus grand nombre de réponses : vous n'en avez publié que deux : celles du Dr Dupont de Villiers St-Georges et du Dr L. C. Je remercie mes deux confrères.

Mais, voyons ! que des milliers et des milliers de médecins s'empressent de donner leur avis à Jean de Bonnefon sur la fermeture de Lourdes et qu'il s'en trouve juste deux pour daigner s'occuper d'une question professionnelle, convenez que c'est un tant soit peu décevant et désespérant. Décidément, l'incurie des médecins n'est pas près d'être vaincue et nous avons encore de *beaux* jours en perspective par notre faute.

Je suis persuadé que votre parole sera entendue. Dans cet espoir, je vous adresse mes hommages confraternels ainsi qu'à tous les dévoués du Concours ; je fais des vœux ardents pour que vos assemblées marquent une nouvelle étape dans la voie du succès de nos justes revendications.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'expression de mes sentiments dévoués les meilleurs

Dr Veillon,
Vallon-en-Sully (Allier).

M. *le Président.* — Messieurs, voulez-vous faire vôtre ce vœu d'une campagne d'entente avec les pharmaciens et de toutes les études qu'elle comporte notamment par le journal ? (*Adopté à l'unanimité.*)

Allocution du Président du « Sou médical ».

M. le *Dr Maurat* succède pour la présidence à M. le Dr Gassot, ouvrant la partie de la séance réservée surtout au *Sou médical*. Il prononce l'allocution suivante :

Mes chers confrères,

En prenant place au fauteuil de la présidence je ne veux pas vous faire un discours qui serait certainement moins intéressant que les faits et comptes-rendus qui ont défilé sous vos yeux. Aussi bien, ne pourrais-je que répéter en moins bons termes ce que vous a dit tout à l'heure mon ami Gassot, car c'est intentionnellement et pour ménager vos instants en supprimant les redites, que nous avons décidé de faire au *Concours* et au *Sou médical* une seule et même réunion.

Tous les membres du Sou sont du Concours, et s'il est malheureusement certain que la réciproque ne soit pas vraie, il suffira, pour la sincérité de notre réunion, quand il y aura un vote à émettre, de faire l'épreuve et la contre-épreuve en priant ceux d'entre vous qui ne font pas partie de cette dernière société de bien vouloir s'abstenir dans les deux votes.

Je ne désire attirer votre attention que sur ce point, savoir : l'importance morale qu'a prise dans ces dernières dernières années notre Société du *Sou* dont le bon renom d'équité et de fermeté s'est si bien répandu, même au dehors du corps médical, qu'il suffit bien souvent à votre secrétaire général ou à votre président de transmettre une de ces consultations si limpides que notre dévoué conseil judiciaire excelle à rédiger ou de donner par écrit un avis motivé au nom du Conseil du *Sou* pour voir les magistrats en tenir grand compte, les confrères s'incliner par discipline et les clients s'exécuter.

C'est à ces heureux résultats que nous devons de n'avoir dépensé, cette année, en procès, que des sommes très inférieures à celles des années précédentes, tout en obtenant de meilleurs résultats, ce qui a permis à votre conseil de rédiger certaines propositions qui vous seront soumises tout à l'heure et auront, je l'espère, votre assentiment.

Avant de commencer vos travaux permettez-moi de retenir une minute votre attention bienveillante pour exercer le devoir le plus doux de ma charge en remerciant tous nos dévoués collaborateurs aux efforts continus desquels nous devons l'excellente situation de notre société. J'ai nommé : Me Gatineau, notre conseil judiciaire, d'une complaisance toujours inépuisable et dont les avis sûrs et avisés nous sont si utiles; M. le Dr de Grissac, notre secrétaire général, toujours prêt au travail pour le bien de tous et qui consacre chaque jour de longues heures à notre Société, même quelquefois au détriment de sa santé, puisque, praticien comme nous tous, et très occupé, il lui faut bien souvent prendre sur ses nuits le temps nécessaire à une correspondance des plus lourdes ; nos distingués vice-présidents, MM. les Dr Vimont et Jeanne qui veulent bien apporter leurs conseils si précieux à toutes nos réunions hebdomadaires ; enfin notre trésorier M. le Dr Gassot et nos syndics MM. les Drs Diverneresse et Bellencontre qui tous rivalisent d'efforts pour le succès de notre œuvre et apportent une telle amabilité dans nos conseils du jeudi qu'ils ont un véritable caractère de réunion familiale. A tous ces collaborateurs dévoués, en votre nom et au mien, je dis merci du fond du cœur. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — La parole est à M. le Trésorier.

M. le Dr Gassot. — Vous avez pu, Messieurs, examiner à loisir nos comptes publiés au n° 45 du journal après avoir reçu l'approbation des contrôleurs.

J'en sollicite l'approbation par l'Assemblée générale si personne n'a d'observations à présenter.

(*Personne ne demande la parole. L'approbation est votée à l'unanimité.*)

M. *Gassot*, trésorier. — J'ai maintenant, Messieurs, à vous dire quelle est notre situation actuelle.

Au 10 novembre 1906, le *Sou Médical* compte 993 membres ayant cotisé régulièrement. Le premier mille ne tardera pas à être atteint, mais ne nous l'a-t-on pas fait trop attendre ?

Recettes.

Les recettes des dix premiers mois de 1906 se sont élevées à 20. 418 fr. 18, savoir:

Cotisations	19.466 fr.
Intérêts	419 63
Recouvrements	230 25
Dons	62 50
Subventions	240 »»
Total	20.418 38

L'action du *Sou Médical* s'exerce parfois concurremment avec celle des autres sociétés de défense professionnelle: les frais se trouvent donc partagés. Dans certains cas, le *Sou* a fait les avances et se trouve remboursé (subventions) ; dans d'autres il verse sa quote-part à une autre Société (participations aux œuvres de défense).

Dépenses.

Les dépenses, pendant la même période, se sont élevées à 8.776 fr. 25, savoir:

Matériel	264.85		
Impressions	290 65		
Poste et transports divers	285 75		
Timbres quittances	60 50		
Frais de recouvrements et rappels	94 85		
Frais de trésorerie	4 70		
Frais de bureau	562 50	1563 80	
Participation aux œuvres de défense	356 15		
Divers	489 05		
Indemnités au Président, au Secrétaire général et au Conseil judiciaire	3.400 »»		
Indemnités aux sociétaires	2.967 25	7.212 45	8.776 25

Les dépenses seront sensiblement plus élevées en fin d'année: il reste un certain nombre d'indemnités à verser.

La rubrique *divers* comprend une foule de dépenses difficiles à classer ; ces dépenses pourraient cependant être réunies à celles qui sont groupées sous le titre de *participation aux œuvres de défense.*

Balance des comptes.

Si au total des recettes de l'année		20.418 fr. 38
On ajoute les espèces à la Société Générale au 31 décembre 1905	13.243 80	
Et les espèces en caisse à la même date	1114 77	14.358 » 57
On obtient		34.776 » 95
Et si l'on retranche les dépenses de l'année		8.776 » 25
Il reste		26.000 » 70

dont emploi a été fait de la manière suivante:

1° Achats de valeurs:

11 obligations chemins de l'Ouest 3 0/0 nouvelles	4.597 10	
10 obligations Gouvernement général de Madagascar 3 0/0	4.637 50	
20 obligations chemin de fer de l'Ouest Algérien 3 %.	8.600 »»	17.834 60

2° Espèces:

A la Société Générale	7.824 13	
En Caisse	341 97	8.166 10
Total égal		26.000 70

THÉRAPEUTIQUE

Pathogénie et traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse.

La fréquence des entéro-colites muco-membraneuses est devenue telle, depuis un certain nombre d'années, que cette affection, ou mieux, ce syndrome a pris une place prépondérante dans l'actualité médicale. D'innombrables travaux ont paru sur ce sujet, mais les opinions multiples des auteurs pourraient suffire à en démontrer la complexité et la difficulté. Tandis que les uns invoquent, avec M. le Pr Robin, l'hypersthénie gastrique et le spasme de l'intestin, les autres s'en tiennent à l'influence du nervosisme ou de la constipation par atonie.

Le Pr Gilbert rattache l'entéro-colite aux manifestations diverses de la « diathèse biliaire » et M. le Pr Dieulafoy vient de montrer avec un certain éclat la coexistence fréquente et les relations de la typhlo-colite avec l'appendicite. Les recherches récentes de M. le Pr Roger, les travaux de Nepper et Riva viennent d'apporter dans cette discussion des éléments d'un grand intérêt pathogénique et d'une haute portée thérapeutique qui nous semblent mettre au point cette question délicate.

Dans une thèse récente, M. Nepper vient de donner les résultats de ses recherches sur les colites muco-membraneuses et leur traitement par l'extrait biliaire.

Quelle que soit la cause de l'entérite : hypersthénie gastrique, inertie intestinale, spasme, nervosisme, néphroptose, appendicite, salpingite, etc., le fait primordial dans la colite, c'est l'hypersécrétion muqueuse et la coagulation du mucus sous forme de membranes. Cette coagulation est due à la » mucinase » étudiée par M. le professeur Roger, et nous savons qu'à l'état normal elle est neutralisée par l'action anti-coagulante de la bile. D'où l'on peut conclure :

1° *La colite muco-membraneuse est fonction de l'insuffisance biliaire et ne peut exister sans elle.*

2° *La fausse membrane est fonction* : a) *de l'augmentation de la mucinase ;* b) *de l'insuffisance simultanée de la bile ou de son action anti-coagulante.*

3° *Le traitement des colites muco-membraneuses, doit être basé sur l'opothérapie biliaire.*

De l'examen de seize observations publiées par l'auteur, ressort avec la plus grande netteté l'action véritablement curative du *fiel de bœuf*, tant dans les formes classiques de colites avec douleurs, constipation et membranes, que dans les formes frustes se traduisant par une constipation chronique avec débâcles et pseudo-diarrhée chronique.

A la suite de cette médication, on observe en effet :

1° *Au début, évacuation abondante de muco-membranes.*

2° *Sédation des douleurs abdominales* en un temps assez court, variant en moyenne de deux à huit jours.

3° *Disparition progressive plus ou moins rapide des membranes.*

4° *Enfin, régularisation des selles, moulées et normales* de consistance et de composition.

En dehors de sa fonction cholagogue et anti-coagulante, l'extrait de fiel semble, en effet, avoir aussi divers autres effets :

1° Une action élective sur les cellules mucipares, action tonifiante et régulatrice.

2° Une action sur la tunique musculaire excitante et régulatrice.

3° Comme conséquence, une action laxative.

On est donc en droit de conclure avec Nepper : *à l'action antiputride et antimicrobienne de l'Extrait de Fiel de Bœuf, depuis longtemps prouvée ; à son action cholagogue et laxative si souvent utilisée contre les coliques hépatiques et leurs complications, il faut joindre désormais une action spécifique sur la muqueuse et la tunique musculaire de l'intestin, et une action spéciale anti-coagulante qui lui permettent de prévenir et de guérir les entéro-colites.*

Les conclusions de M. Nepper viennent, en somme, confirmer pleinement celles obtenues, à la suite de nos recherches, par les nombreux médecins qui ont expérimenté et utilisé la Choléïne Camus, à base d'Extrait inaltérable de Fiel de Bœuf, dans le traitement des maladies du foie et de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Dr D...

Indications et doses de la choléïne Camus.

Lithiase biliaire. — 5 à 6 pilules par jour, pendant 20 jours ; 10 jours de repos et reprendre.
Le traitement doit être longtemps continué.

Coliques hépatiques.—Pendant la crise, 2 pilules toutes les 2 heures, jusqu'à 12, repos 12 heures et reprendre. Après la crise, 6 à 8 par jour.

Ictères, cholémie. — 4 à 6 pilules par jour.

Constipation. — 4, 6, 8, 10 pilules par jour, diminuer progressivement, cesser 10 jours et reprendre s'il y a lieu.

Entéro-colite. — Vaincre d'abord la constipation, prendre ensuite 4 à 6 pilules par jour jusqu'à disparition des muco-membranes et fonctionnement normal de l'intestin.

Envoi de brochures et d'échantillons sur demande à M. Camus, pharmacien à Moulins (Allier).

Avoir du Sou médical au 10 novembre 1906.

Portefeuille au cours:

15 obligations chemins de fer P. L. M. 2,5 %		6.150 »»
10 obligations chemins de fer de l'Ouest 3 % nouvelles		4.285 »»
20 obligations chemins de fer de l'Ouest Algérien 3 %		8.500 »»
10 obligations Gouvernement général de Madagascar 3%		4.270 »»
Total		23.205 »»
Espèces:		
A la Société générale	7.824 13	
En Caisse	341 97	8 166 10
Total		31.371 10

Dans cette somme est compris l'avoir de la caisse de garantie contre les responsabilités civiles.

Caisse de garantie.

Le nombre des membres inscrits au *Sou Médical* ayant été, en 1905, de 933, la caisse de garantie a encaissé 3.736 fr.

Il ne lui a rien été versé encore en 1906, mais il est à prévoir qu'en fin d'exercice il lui sera versé 3.972 francs au moins.

Si, d'autre part, comme vous le propose le Conseil d'administration, vous voulez bien la doter extraordinairement d'une somme de 4.000 francs, elle se trouvera, au commencement de 1907 posséder environ 11.500 fr. ; c'est-à-dire qu'elle sera désormais en mesure de faire face à toutes les éventualités. (*Très bien.*)

M. le Président. — Je mets aux voix, Messieurs, les propositions de notre trésorier.

(*Elles sont adoptées à l'unanimité.*)

M. Maurat, président. — Je soumets aussi à votre ratification deux décisions importantes prises par votre conseil tout récemment.

La première autorisant un échange de fonctions entre M. H. Cézilly et M. le Dr L. Gassot, ce dernier devenant trésorier adjoint de son père, et M. H. Cézilly le remplaçant comme secrétaire-adjoint. (*Adopté à l'unanimité.*)

La seconde désignant MM. Vimont et De Grissac, comme délégués au Comité de l'*Assemblée nationale des praticiens* et leur laissant le soin de nous guider dans les indications relatives à ce que devra être la contribution pécuniaire de notre caisse. (*Adopté à l'unanimité.*)

M. le Dr Delpeut explique que, dans une affaire de cette année, il a souffert d'un retard provenant de la surcharge du secrétariat général.

MM. Gatineau, De Grissac et Maurat expliquent qu'une récente modification du service préviendra cet inconvénient. Mais ils en profitent pour rappeler que nombre de décisions se trouvent à chaque instant retardées par ce seul fait que les demandeurs ne s'appliquent pas à documenter complètement du premier coup le Secrétariat et ne peuvent obtenir d'avis sur des exposés succints et absolument en l'air.

Conquêtes du Sou en jurisprudence.

M. le Président. — Je donne la parole à Me Gatineau pour une revue des conquêtes du *Sou médical* en matière de jurisprudence.

Me Gatineau s'excuse d'être obligé à beaucoup de brièveté et presque à une énumération qui se limitera encore aux bénéfices principaux et d'ordre général.

C'est d'abord le droit reconnu au mari médecin d'hériter de sa femme quand il l'a soignée jusqu'au bout, l'article 209 du Code ayant été jugé en ce cas inapplicable (Tribunal de Dax, Cour de Pau) ;

C'est la définition des obligations des médecins syndiqués, que les statuts du syndicat médical de l'arrondissement de Versailles, après les jugements du tribunal de Bourgoin et l'arrêt de la cour de Grenoble, ont traduit en un pacte sérieux sans lequel nos syndicats ne sont presque rien comme force et comme cohésion ;

C'est le droit de preuve par témoins, obtenu pour le médecin, en faveur d'une créance au-dessus de 150 fr. devant la Cour de Paris;

C'est le recours direct acquis contre la femme soignée, si, mariée sous le régime de la communauté, le mari est devenu insolvable ;

C'est l'obligation, pour les enfants qui refusent l'héritage des parents, de payer le médecin qui soigna ceux-ci, même sans avoir été demandé par ces enfants ;

C'est, en matière d'accidents du travail, des arrêts de la Cour de cassation qui ont pris place dans la loi de 1905 : tels le droit du médecin de poursuivre directement le patron, même droit pour l'hôpital et le pharmacien ; d'autre part, mise à la charge du patron des soins médicaux sans qu'on puisse opposer au médecin la limite de la consolidation.

Etc., etc...

« Cette revue ne serait complète, ajoutait Me Gatineau, que si l'on reprenait avec soin et dans tous les détails, les rapports annuels du Secrétaire général, et c'est une tâche trop longue pour une séance comme celle-ci. Mais elle suffit encore pour donner une idée des résultats obtenus par le *Sou médical* pour tous les médecins de France auxquels il sera fait application des principes acquis ; et je comprends l'étonnement de votre Conseil quand il voit 15.000 médecins refuser de mettre leur cotisation à côté de celle des mille dévoués qui en six ans nous ont procuré de pareils succès. (*Applaudissements*).

M. le Président. — Au nom des mille dévoués, je m'empresse de reporter sur le talent *et le dévouement* de notre aimable Conseil judiciaire la plus large part de nos succès. Et j'ajoute avec lui : « Que ne ferions-nous pas si nous étions 15.000 ! » Mais l'égoïsme et l'indifférence nous barrent le chemin : le médecin n'est pas encore assez malheureux pour pousser la foi jusqu'aux actes en matière de solidarité professionnelle.»

L'office central de répression de l'exercice illégal de la médecine.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Levassort.

M. le Dr Levassort. — Il y a quelques jours, Messieurs, j'apportai au *Concours Médical*, tel qu'il l'a publié dans le numéro d'hier, le projet sur les grandes lignes duquel me paraît pouvoir être établi l'Office central de répression de l'exercice illégal, rouage permanent de défense professionnelle né du Congrès d'avril dernier. Vous lirez ce projet que je ne développe pas faute de temps : vous serez ainsi convaincus, je l'espère, de l importance des services qu'il pourra rendre à tous nos groupements par des procédés divers, au *Sou Médical* notamment, qui n'aime pas se croiser les bras devant les délits signalés, et, si j'en crois ce que m'a dit notre Bureau, je ne dois pas hésiter à vous demander une subvention pour créer et faire fonctionner cet Office permanent. C'est cette requête que je viens formuler.

M. le Dr Maurat, président. — Le Conseil, mes chers Confrères, a, en effet, étudié cette demande du dévoué Secrétaire général de notre dernier Congrès. Il vous propose de donner satisfaction de deux manières.

1° En votant une subvention de 500 francs.

2° En nous adjoignant un syndic de plus dans le bureau du *Sou Médical*, et ce syndic serait M. le Dr Levassort, c'est-à-dire une force de plus pour nos luttes et nos études. (*Applaudissements.*)

(*La double proposition est adoptée à l'unanimité.*)

Les Pupilles du « Sou Médical ».

M. le Président. — C'est le tour de M. de Grissac de formuler maintenant d'autres désirs et indications.

M. le Dr de Grissac. — ...

Mes chers Confrères,

J'ai eu l'occasion d'exposer dans le *Concours* les diverses circonstances dans lesquelles le *Sou médical* a eu à intervenir dans le courant de l'année.

Sous le titre « Une année de défense professionnelle au *Sou médical* » vous avez pu lire la multiplicité de notre action. Il ne me reste aujourd'hui que peu de choses à dire. Je tiens à constater cependant que le programme que nous nous étions tracés au début n'est pas encore complètement rempli. S'il vous en souvient dans le rapport que notre confrère le Dr Gassot vous exposait au débutde votre œuvre, il était dit que notre action ne s'étendrait pas seulement à la défense du médecin praticien, mais qu'elle aurait ainsi la mission de préparer les jeunes générations médicales à affronter les luttes professionnelles et à les armer pour leur défense.

Jusqu'à ce jour nous n'avions pas abordé ce côté spécial et je viens vous proposer aujourd'hui d'organiser un groupe de pupilles du Sou.

Nous inscrirons sur la liste des membres de ce groupe tous les fils de nos confrères ayant adhéré à notre Société et ayant commencé leurs études médicales ; nous les inscrirons dès leurs premiers pas à l'école, dès le P. C. N.

Le registre est ouvert. Notre président, M. le Dr Maurat, et votre Secrétaire-général, inscrivent tout d'abord les noms de leurs deux fils, qui circulent au milieu de vous aujourd'hui comme commissaires de notre fête confraternelle.

Nous demandons des inscriptions nouvelles.

Que ferons-nous pour ces jeunes gens ? Ce que des pères de famille soucieux des intérêts des leurs pourront faire. Nous leur donnerons notre patronage, notre appui. Ce sont des mots, me direz-vous Mais comment se manifestera ce patronage ? cet appui ?

Le journal *Le Concours médical* leur sera servi gratuitement.

Ils pourront ainsi par la lecture de nos articles professionnels se documenter, s'instruire sur les réalités d une profession que trop de jeunes gens, faisant leurs études médicales, ne voient qu'au travers d'un prisme illusionnant.

Le côté scientifique du journal si éminemment pratique leur sera d'un enseignement sûr quand viendra le moment de l'exercice de la profession.

Ils seront préparés au service des remplacements, et nous faciliterons de tout notre pouvoir lorsque leur scolarité sera complète, ce moyen de parfaire leur instruction.

Nous leur faciliterons par tous les moyens en notre pouvoir la fréquentation fructueuse des services hospitaliers en les recommandant aux maîtres nos amis ou en les faisant recommander par eux.

Nous encouragerons leurs efforts et les moyens d'enseignement mutuel pour la préparation au concours de l'internat ; en *subventionnant* des conférences spéciales.

Nous organiserons des réunions aussi fréquentes que possible pour créer entre les membres de ce groupe des relations de bonne camaraderie.

Nous les ferons inscrire à l'Association corporative des étudiants en médecine en payant leur cotisation.

Tels sont les éléments d'un programme qui ne saurait que grandir de toute idée nouvelle ayant pour but d'améliorer leur sort.

Les fils de membres du *Sou*, étudiants en médecine et inscrits dans les écoles et facultés de province jouiront des mêmes avantages et partout où il sera possible de créer une section de pupilles il en sera créé une.

Telles sont, mes chers confrères les idées que vous soumets.

Si vous les approuvez, faites inscrire dès aujourd'hui vos fils et nous vous promettons d'organiser au mieux ce petit groupement de jeunes.

M. le Président. — Je vous demande, Messieurs, une rapide approbation de l'idée proposée, approbation de principe surtout, la question des détails, des voies et moyens n'ayant pas encore été suffisamment étudiée pour comporter ici une discussion utile. (*Adopté à l'unanimité.*)

Les Tarifs d'expertise

M. le Dr de Grissac aborde un autre sujet.

Il rappelle, comme il l'a déjà fait dans un récent article du journal, que c'est toujours le tarif civil qui doit rémunérer l'expertise accidents du travail, mais que beaucoup de parquets, quand, en vertu de l'assistance judiciaire acquise au blessé, ils ont à faire payer son expert par le Trésor, usent, probablement en vertu d'un mot d'ordre venu des bureaux ministériels, du tarif criminel, et font ainsi sur le dos du médecin une économie tout à fait illégale et abusive.

M. le Dr Lande, médecin-légiste de Bordeaux, confirme de toute son expérience les dires du Secrétaire général. D'accord avec MM. de Grissac et Jeanne, il dépose le vœu suivant :

« L'assemblée du *Concours* et du *Sou Médical* charge le bureau de demander à M. le Ministre de la justice d'assurer l'application exclusive du tarif civil dans les expertises médicales pour accidents du travail. »

(Ce vœu mis aux voix est adopté à l'unanimité.)

M. le Dr de Grissac signale de plus ce fait : que le médecin du blessé, appelé à assister celui-ci dans l'expertise demandée par la partie adverse ou décidée par le tribunal, se trouve le plus souvent non rémunéré, parce que l'assisté judiciaire ne peut vraiment le payer et que s'il s'adresse ailleurs, on lui répond « votre intervention ne rentre pas dans les frais médicaux », et ensuite « elle ne rentre pas non plus dans les frais judiciaires ».

L'assemblée décide, à ce sujet, que le tarif ministériel devra prévoir cette intervention à l'avenir dans les frais médicaux, attendu qu'elle était certainement dans la pensée du législateur faisant œuvre de protection des droits du blessé.

L'Impôt sur le revenu et le Secret professionnel

M. le Dr Vimont, président. — La parole est à M. le Dr Cézilly.

M. le Dr H. Cézilly. — Au nom de M. le Dr Dupont (de Villiers-Saint-Georges), je viens, Messieurs, vous lire et défendre au besoin dans la communication suivante :

Les Chambres vont prochainement discuter et, selon toute vraisemblance, voter l'impôt sur le revenu, depuis si longtemps en suspens. Comme médecins, nous avons le droit et même le devoir de nous préoccuper dès maintenant de certaines éventualités.

Comment évaluera-t-on, en effet, notre revenu professionnel ? On a parlé de taxation.

Mais sur quelle base appuiera-t-on cette taxation?

Sur la rumeur publique ? Base bien mauvaise.

Le public en général ignore le chiffre réel de nos revenus professionnels et les croit beaucoup plus élevés qu'ils ne le sont en réalité.

Si l'on nous taxe trop haut, ce qui arrivera souvent, comment nous dégrever ?

Cette année, j'ai eu à présenter une réclamation sur ma cote personnelle et mobilière surélevée sans motif. J'ai dû comparaître devant une Commission composée du contrôleur des contributions directes, du percepteur, des répartiteurs et des conseillers municipaux.

C'est devant cette même Commission ou une autre toute semblable que je devrai comparaître l'an prochain si on m'attribue un revenu trop élevé.

Mais il ne s'agira plus cette fois de discuter sur le nombre et l'importance des pièces de mon habitation. Je ne pourrai établir la preuve du bien fondé de ma réclamation qu'en produisant toute ma comptabilité médicale. Je devrai révéler à toute cette commission que Mlle A., tel jour, a fait une fausse couche, que Mme B. a subi l'autre jour une cautérisation du col de l'utérus, que Mme C. porte un bandage herniaire et un pessaire. Et comme je fais aussi la pharmacie, on pourra voir que j'ai fourni à X. des capsules de santol et à Z. du sirop de Gibert.

Il pourra même se faire qu'une personne ait absorbé ces médicaments sans en connaître la signification exacte, et cette signification sera connue des membres de la Commission et par eux de tout le public. Ce n'est pas seulement la violation du secret médical, mais sa suppression complète qui résulterait d'une telle manière de faire. Nous ne pouvons tolérer de telles exigences.

La presse médicale a récemment protesté avec énergie contre l'attitude de certains magistrats bordelais.

Et il s'agissait d'un seul fait portant sur un cas exceptionnel. Il n'est pas possible de supposer que tous les secrets de tous les médecins de France puissent être dévoilés aux agents du fisc.

C'est dans l'intérêt public et non dans le sien propre que le corps médical garde soigneusement les secrets à lui confiés. De tout temps les médecins s'en sont fait un devoir rigoureux, témoin le Serment d'Hippocrate. La seule exception admise aujourd'hui, et encore à contre-cœur par beaucoup de médecins, c'est la déclaration des maladies contagieuses.

Si, dans ce cas, les plus graves considérations d'hygiène publique ont pu faire fléchir le secret médical, je ne crois pas qu'un intérêt fiscal puisse le faire supprimer.

D'autre part, nous ne pouvons cependant nous résigner à payer tout ce qu'il plaira au percepteur de nous réclamer indûment.

Je sais bien que, pour tourner la difficulté, les médecins pourraient dire à leurs clients de payer comptant, mais il existe à ce sujet de très grandes différences entre nos clientèles.

Certains d'entre nous touchent comptant la plus grande partie de leurs recettes, d'autres une partie notable et d'autres enfin, surtout à la campagne, une partie insignifiante. Pour les premiers, le fisc sera bien forcé de se contenter de leur déclaration et sans pouvoir la contrôler.

En dehors de la taxation, on a proposé, pour évaluer les revenus des contribuables, la déclaration, avec faculté pour l'administration de contrôler cette déclaration. Nous pouvons admettre le principe de la déclaration, mais non le contrôle, sous peine de retomber dans l'inconvénient signalé plus haut.

Je crois d'ailleurs que dans les pays étrangers où existe l'impôt sur le revenu, la déclaration pour le médecin suffit, en particulier en Angleterre et en Allemagne.

Il ne semble donc pas que nos législateurs puissent hésiter à prendre la même décision. Toutefois, quand on connaît la rapacité du fisc, les curiosités autant que les rivalités locales, on sait qu'il faut se tenir sur ses gardes et veiller à ce que les textes soient bien précis, bien formels.

Il arrive bien souvent que les législateurs ne prévoient pas toutes les conséquences des lois qu'ils fabriquent et que les intéressés ne s'en préoccupent nullement, tant que durent les délibérations parlementaires. Une fois l'application de la loi commencée, ce sont des clameurs, des protestations violentes, des récriminations furibondes.

Un peu plus de prévoyance, un peu moins d'apathie en temps opportun, seraient certes plus dignes et plus utiles.

J'appelle donc l'attention de l'Assemblée sur ces considérations et je propose :

Que le Conseil de Direction du Concours médical suive de près la discussion de l'impôt sur le revenu et qu'en cas de besoin, il intervienne pour faire respecter le secret médical, afin d'obtenir que, dans aucun cas ni sous aucun prétexte, la production de la comptabilité médicale ne puisse être exigée ni même autorisée.

Après avis approbateurs de plusieurs confrères, l'assemblée émet le vœu que dans aucun cas ni sous aucun prétexte, la production de la comptabilité médicale ne puisse être exigée ni même autorisée, et cela dans le but très précis de sauvegarder le principe du secret médical.

Questions diverses.

M. le président Vimont. — Nos Conseils ont reçu, Messieurs, dans le courant de la journée, des propositions qu'ils ont pu rapidement examiner mais qu'il lui paraît suffisant de publier au prochain numéro du journal : 1° parce qu'elles ne comportent pas de graves décisions à prendre en assemblée générale ; 2° parce que que si nous les soumettions à celle-ci, il ne nous resterait plus qu'à supprimer le banquet et la fête des Syndicats, et à éconduire nos invités. Les retardataires subissent donc la rigueur du règlement.

Une seule de ces propositions avait été présentée en temps utile, celle de la suppression du diplôme de médecin sanitaire maritime. M. le Dr Lop nous a fait tenir un nouveau rapport à ce sujet.

Mais la question est pendante devant une Commission de l'Union des Syndicats qui doit en rester saisie jusqu'à solution.

D'autre part, vous avez assez répété votre opinion hostile à ces diplômes et certificats de tout genre, pour qu'il ne soit pas nécessaire de solliciter un nouvel avis.

Je cède donc aux gestes effarés des commissaires de la fête syndicale, et je lève la séance en vous conviant à venir accueillir avec nous nos invités. (*Applaudissements.*)

LE BANQUET.

Au *Bulletin de l'Union des Syndicats*, nos lecteurs trouveront le compte rendu de la belle soirée passée chez Marguery après nos laborieuses séances.

Nous nous bornerons à reproduire les quelques mots émus par lesquels le président Gassot ouvrit le feu des toasts :

Mes chers Confrères,

Nous célébrons aujourd'hui le premier jubilé de nos Syndicats ; le *Concours* doit donc s'effacer et céder la parole à l'Union.

Cependant il lui est impossible de ne pas saluer, dans un de ses plus anciens collaborateurs, l'homme qui fit une réalité tangible d'une idée jusqu'alors flottante et qui, en marchant pour démontrer la possibilité du mouvement, fonda le premier syndicat médical.

Je sais bien, mon cher Mignen, que votre grande modestie va vous faire chercher des circonstances atténuantes à votre heureuse initiative d'antan; vous allez nous dire que votre syndicat était bien petit, bien faible...... Eh ! oui, sans doute, il était ce que sont tous les nouveau-nés ; en était-il moins pour cela l'aîné de la famille ?

D'ailleurs, en fêtant les origines des Syndicats médicaux, ce sont les modestes que nous fêtons.

Modeste était Margueritte qui en lançait le premier l'idée !

Modestes Béraud et Noir qui traçaient leur programme et leur organisation future ;

Modeste Cézilly qui se faisait leur propagateur aux quatre coins du pays :

Modeste encore Chevandier dont la ténacité arrachait au Parlement leur existence légale ;

Modestes, enfin, tous ces confrères qui, au fond de leur province, forgeaient pour nous ce puissant moyen de défense professionnelle.

Et ce serait une raison pour nous montrer ingrats, pour oublier les services rendus !

A ceux qui ne sont plus nous devons un souvenir ému et nous souhaitons de longues années à ceux que nous avons le bonheur de posséder encore parmi nous.

Confrère Mignen, en levant mon verre en votre honneur, je vous adresse au nom du Concours Médical tous les souhaits de bonheur que peut me suggérer pour vous ma vieille et inaltérable amitié. (*Applaudissements et ban.*)

A nos assemblées et à ces agapes annuelles salons et tables deviennent insuffisants, mais la cordialité supplée à tout.

Assemblée générale extraordinaire du Patronage Médical

18 NOVEMBRE 1902

L'Assemblée constitue son bureau.

MM. de Grissac et Lacroix sont choisis comme assesseurs, M. P. Gonin, comme secrétaire.

Le Dr Gassot, président, rappelle à l'assemblée l'objet de la réunion extraordinaire, constate que toutes formalités sont remplies et donne la parole à M. le Dr Maurat pour l'exposé de la genèse des modifications proposées.

M. le Dr Maurat fait l'historique de la création du *Patronage* doublé de la *Caisse de protection*. Nous avions voulu, explique-t-il deux sociétés distinctes : le Patronage Médical et la Caisse de protection ; l'une devait produire, l'autre épargner. Le ministère et le parlement, en gestation de lois spéciales sur cette matière, se sont opposés à l'exécution de ce plan : « Vous ne pouvez être qu'une société tontinière, nous ont dit les bureaux et vous devez être soumis aux obligations de la loi sur ce genre de mutuelles. Or, cette loi, prochainement modifiée, édictera des conditions qui vous obligeront à la transformation de vos statuts. » La loi a été votée et son étude, approfondie par nos collaborateurs spéciaux, a démontré l'impossibilité d'établir *la Caisse de protection* conformément aux exigences de la loi, sans nous contraindre à une réglementation que le but spécial poursuivi par notre Société rend inacceptable pour nous.

Il a fallu trouver le moyen de vous donner la chose sans le mot.

Ce moyen repose sur cette constatation légale : Une société telle que le Patronage Médical a tou-

jours le droit de disposer de ses bénéfices comme elle l'entend.

M. le Dr Maurat donne alors lecture des renseignements suivants qu'il convient de porter à la connaissance des sociétaires même avant la discussion.

Quelques mots sur « le Patronage médical »

Pour ceux de nos confrères, désireux d'entrer dans la Société du Patronage Médical, qui pourraient souhaiter des renseignements complémentaires aux statuts nouveaux, nous avons pensé qu'il était bon de rassembler quelques réponses faites bien des fois déjà à ceux qui se sont adressés à nous.

1° *Le Patronage est-il une société commerciale susceptible de gains ou de pertes ?*

Non, le Patronage n'est pas une société commerciale : c'est une société civile en participation, seul genre de société qui permette de réserver des parts aux adhérents de l'avenir.

Chaque sociétaire n'est engagé que jusqu'à concurrence des sommes versées par lui sans qu'il soit possible, en aucun cas, de lui réclamer quoi que ce soit. Il est propriétaire indivis de titres dont il touche une partie des revenus sous forme de dividendes annuels et dont l'autre partie va grossir une *Réserve spéciale* destinée à *rémunérer tous concours*, ainsi que le disent les statuts (Art. 14).

C'est en quelque sorte un syndicat de propriétaires indivis ayant la propriété de titres divers et laissant toutes responsabilités aux Sociétés chargées de les mettre en valeur tout en se réservant, par les administrateurs, un droit de contrôle et de surveillance.

2° *Que signifie ce terme : « rémunérer tous concours » et pourquoi n'est-il nullement fait mention de retraites dans les statuts du Patronage ?*

Les concours à rémunérer sont les efforts de nos adhérents.

Les fondateurs avaient eu l'intention, au début, de créer deux sociétés absolument distinctes l'une de l'autre, la première, le Patronage, sous forme de Société Civile, la seconde, la Caisse de protection ou de retraite, sous la forme Mutuelle. Mais, au moment de créer la seconde, ils se sont trouvés en présence de difficultés insurmontables soulevées par les pouvoirs publics qui refusaient leur autorisation et prétendaient assimiler cette Caisse de retraite à une société d'Assurances sur la vie ou une société tontinière, qu'une loi spéciale allait enfermer dans un cadre très limité.

Les règlements d'administration publique parus en avril dernier, pour application de cette loi, élevaient des difficultés telles à l'organisation de cette Caisse que les fondateurs ont été obligés de modifier les Statuts du Patronage de façon à pouvoir créer une *Réserve spéciale* dont il a déjà été question plus haut, destinée précisément à remplacer, sous une autre forme, la retraite promise aux Sociétaires au bout de dix ans de participation et 50 ans d'âge. Les gérants du Patronage en avaient, du reste, préparé la dotation en mettant de côté pour elle, pendant le temps qui s'est écoulé depuis sa fondation, tous les titres et toutes les sommes provenant des bénéfices qui devaient être attribués à la retraite ainsi qu'il ressort de l'examen des bilans publiés des deux exercices écoulés.

C'est pour cette raison également qu'il n'est plus possible de faire à la *Réserve spéciale* le versement de 25 francs annoncé antérieurement par part souscrite, la totalité des 50 fr. versés devant légalement faire partie de l'avoir social. Mais cela ne vient apporter aucun changement aux prévisions antérieures puisque la partie des revenus supérieure aux 7 0/0 distribués en dividendes va s'accumuler dans la *Réserve spéciale*. Cette façon de procéder nous permet d'éviter un mode d'organisation préjudiciable à notre œuvre et, en fait de retraite, nos adhérents auront, si non le mot, du moins l'équivalent, ce qui est le point important.

3° *Que deviennent les 20 000 parts de la Société ?*

Elles sont toutes attribuées aux fondateurs à la charge pour eux : 1° d'en céder 12.000 au fur et à mesure des besoins, aux médecins qui en feront la demande et au prix de 50 fr. l'une, leur produit étant destiné à former le capital social nécessaire au fonctionnement de la Société. Ce capital est donc forcément variable puisque la totalité des parts à céder ne peut être épuisée qu'après un temps assez long ; 2° de verser en plus 5500 parts à la *Réserve spéciale* dont nous avons parlé plus haut et qui, plus tard, s'il est nécessaire, pourront être cédées à son profit. Nous devons faire observer en passant que ces 5500 parts attribuées à la *Réserve spéciale* y font entrer plus du quart des revenus affectés aux dividendes annuels, et qu'en outre le surplus des bénéfices annuels, qui sera bien plus considérable, lui reviendra tout entier. Il reste donc 2500 parts en la possession des fondateurs soit 500 parts pour chacun d'eux.

Nous avons fait justice en son temps de l'accusation portée contre les fondateurs de s'être fait une part trop large dans les apports sociaux. Cependant, il est bon de revenir sur cette question, ne fût-ce que pour instruire les confrères qui ignorent l'attaque et la défense. Nous ferons donc remarquer à ceux qui l'ignorent ou veulent l'ignorer :

A. Que ces 8000 parts d'apport ne sont destinées à la *Réserve spéciale* et aux fondateurs qu'au prorata du nombre de celles du fonds social qui sont placées, soit dans la proportion de 12 — 5,5 — et 2.5 et que les fondateurs n'entreront en possession de la totalité des parts qui leur sont attribuées que dans un avenir fort éloigné et quand la prospérité de la Société sera établie d'une façon immuable.

B. Que les fondateurs se sont interdit de négocier les parts qui leur sont attribuées avant que toutes celles du fonds social aient été placées.

C. Qu'ils n'ont donc comme rémunération de leurs peines, de leurs travaux, de leur responsabilité, que les intérêts afférents à ces parts, c'est-à-dire, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte par la lecture des bilans annuels, une somme actuellement insignifiante, non en rapport avec le temps qu'ils abandonnent à la Société et qui ne pourra s'élever au maximum qu'à 1750 fr. quand toutes les parts seront placées ! ! !

En résumé, sans constestation possible, et bien qu'il soit toujours désagréable de parler de soi, les fondateurs du Patronage, ainsi que le constatait du reste en 1903 un de nos plus dévoués confrères, le Dr Lemière, dans une lettre qui fut publiée dans le n° 34 du journal le *Concours Médical*, les fondateurs, disons-nous, peuvent se rendre cette

justice qu'ils ont toujours donné et donnent encore à la Société cent fois plus qu'ils n'en reçoivent, ne se réservant pour un avenir éloigné que des bénéfices aléatoires que la prospérité de la Société peut seule leur assurer.

4° *Que deviennent les parts placées au décès du porteur?*

Les anciens statuts du Patronage Médical n'avaient pas réglementé le mode de procéder au décès du propriétaire de parts, et beaucoup de confrères nous avaient reproché de n'avoir pas stipulé leur rachat obligatoire par la Société ou la cession directe par les héritiers à un médecin. Nous avons profité des modifications actuellement apportées aux statuts pour leur donner satisfaction complète par l'art. 9. — Nous avions, du reste, déjà atteint en partie ce but en n'accordant, au décès du mari, l'indemnité de 300 fr. aux veuves ou aux orphelins, que contre l'abandon, au prix d'achat, des parts en leur possession. Mais nous reconnaissons qu'il vaut mieux réglementer la chose par voie statutaire et nous n'en continuerons pas moins, comme par le passé, à accorder ce secours aux veuves et orphelins de sociétaires ayant une année au moins de participation.

5° *La société du Patronage accepte-t-elle des médecins faisant déjà partie des sociétés similaires établies en vue de retraites ou d'avantages spéciaux?*

Le Patronage, faisant abstraction de mesquines considérations de boutique, dictées par des mobiles bien connus, qui n'ont rien à faire avec la solidarité médicale, n'élimine personne et conseille aux médecins d'être de toutes les sociétés honorables qui leur inspirent confiance, et qui ont été créées en vue d assurer leur avenir et de protéger leurs vieux jours.

Nous avons, bien des fois, fait remarquer que toutes ces sociétés recommandent à leurs membres des produits ou des établissements différant les uns des autres et que si, dans le nombre, il s'en trouve quelques-uns de similaires, il n'y a pas lieu pour cela de s'en inquiéter. Nous avons toujours dit qu'il y avait inconvénient, pour le médecin, à toujours prescrire, quelque bon qu'il puisse être, le même produit qui arrive à la fin de ses ordonnances comme un refrain de litanie et prête aux gorges chaudes du pharmacien mal intentionné ou du client soupçonneux; qu'en somme, en prescrivant l'un ou l'autre des produits similaires de deux sociétés auxquelles ils appartiennent nos confrères récupèrent d'une main ce qu'ils ont perdu de l'autre; et qu'enfin, *les médecins ne sont pas faits pour les sociétés et leurs chefs, mais bien les sociétés pour les médecins.*

Nous croyons avoir répondu victorieusement aux principales questions qui nous ont été ou pourraient nous être posées. Nous n'en restons pas moins à la disposition de tous ceux de nos confrères qui auraient besoin de plus amples renseignements sur tel ou tel point non traité dans ces courtes notes. Nous terminerons par quelques remarques et conseils que nos sociétaires pourront, croyons-nous, méditer avec fruit.

Il nous a été déjà demandé bien des fois à quel chiffre approximatif pourrait être estimée la rémunération annuelle du sociétaire parvenu à l'âge où il y a droit, et jamais nous n'avons pu répondre que ceci : « Il est impossible de dire, « même approximativement, à quel chiffre pour« ra s'élever cette rémunération annuelle acquise « après dix années au moins de participation et « 50 ans d'âge : elle sera ce que l'ensemble des so« ciétaires la feront, l'avenir de la société étant en« tre leurs mains. »

Si on voulait cependant essayer de serrer de plus près la question, mais sans grandes chances d'arriver à une approximation à peu près exacte, on pourrait peut être dire :

« Etant donné qu'une caisse d'Eaux minérales « de 50 bouteilles vendue par l'entremise ou les « prescriptions d'un médecin laisse au Patronage « un bénéfice moyen de 5 francs, le raisonnement « conduit à calculer que, si tous les sociétaires « étaient propriétaires d'une seule part et faisaient « vendre chacun, par an, un total de six caisses « de nos eaux, chacun d'eux produirait au Patro« nage un revenu annuel de 30 fr., soit, en dix « ans, 300 fr. Il toucherait pendant ce temps 7 % « de son capital engagé soit 35 fr., laissant à la « *Réserve spéciale* une somme de 265 fr Si tous les « adhérents devaient toucher au bout de 10 ans, « ils recevraient donc d'après les statuts 5 % du « capital accumulé soit 13.65 plus 1/10° du capital « réservé soit 26.50, au total 39.75. Mais la statis« tique nous enseigne qu'environ un vingtième « seulement des membres touchent en même « temps leur retraite en raison des conditions « imposées d'âge et d'années de sociétariat. La « rémunération annuelle serait donc 20 fois plus « forte, soit 731 francs. »

Nous savons bien qu'on peut objecter à ce raisonnement par trop simpliste que beaucoup de sociétaires possèdent plus d'une part et qu'un très grand nombre d'entre eux sont bien loin, hélas ! de fournir à la masse commune les ressources énumérées plus haut. Mais, d'autre part, nous devons considérer : 1° que beaucoup de confrères participent pendant plus de dix ans (*d'où nécessité d'entrer jeune à la Société pour le succès de l'œuvre*) ; 2° que nous avons parlé des seules Eaux minérales, laissant de côté les autres sources de produits, en particulier le Fumigator, ce procédé parfait et parfaitement pratique de désinfection que vous connaissez tous et qui donne des résultats capables à eux seuls de doubler peut-être les chiffres cités plus haut. Tenons-nous en donc cependant à notre première réponse et faisons tout pour le mieux dans l'intérêt général.

Les gérants de la Société se sont attachés à ne choisir et patronner que des produits ou des établissements de tout premier ordre, afin que chaque médecin puisse les prescrire en toute conscience quand l'indication s'en présentera, mais il est indispensable que chaque fois que cette occasion se présente, le médecin ne l'oublie pas.

Certains confrères, pour nos Eaux minérales, nous ont demandé de leur faire des envois d'échantillons gratuits, ou à prix réduit pour leur usage personnel, à l'instar de ce que font de nombreuses sociétés. Nous leur avons toujours répondu et leur répondons encore que cela est absolument impossible. C'est la réclame la plus coûteuse qui existe : elle est ruineuse pour une société nouvelle et le premier devoir de nos sociétaires est d'éviter cette lourde charge au Patronage, qui a besoin de toutes ses ressources pour leur assurer des dividendes d'abord et, plus tard, une rémunération annuelle sérieuse quand l'heure sera venue. C est, pour les sociétés qui agissent ainsi, une manière de rémunérer le médecin, mais d'une façon peu profitable pour lui : dans

notre Société, les avantages sont autres, et nous ne saurions payer deux fois.

Un autre point doit encore attirer l'attention des membres du Patronage, c'est le contrôle de l'exécution, par le pharmacien, de la prescription qu'il a faite. Chacun de nous se doit et doit à notre Société d'exiger la fourniture aux clients des marques d'Eaux minérales qu'il a prescrites, et il importe qu'il ne craigne pas d'insister sur ce point. Le pharmacien n a pas à s'ériger en juge de nos prescriptions : il n'a qu'à les remplir, partout et toujours, sauf quand, par leur toxicité, elles pourraient mettre sa responsabilité en jeu. Sachons tenir la main à ce que nos droits, imprescriptibles de ce côté, ne soient pas sacrifiés aux suggestions d'un esprit de lucre exagéré, car ces droits sont aussi ceux de nos malades, et rien ne peut prévaloir contre eux.

Un des premiers services qu'il lui est également possible de rendre à notre collectivité en soulageant très sérieusement de ce fait son budget est de provoquer l'établissement d'un dépôt de toutes nos Eaux minérales chez un pharmacien de sa région de préférence, mais même chez un marchand d'eaux, si la première entente est impossible.

Revision des statuts.

L'assemblée procède alors à la revision des statuts, M. le Dr Gassot lisant article par article les rédactions anciennes et les rédactions nouvelles qu'on retrouvera ci-dessous.

La suppression du § 5 de l'art. 2 est approuvée.

A l'art. 7, la rédaction du § 2 et du § 3 modifiée est adoptée.

A l'art. 9, l'addition « à l'avenir » provoque un amendement.

Le Dr Angelby. — Qui vous garantira qu'un médecin est réellement pratiquant ?

Une voix. — Sa patente.

Le Dr Angelby. — Les médecins des eaux seront-ils admis dans la société ?

Le Président. — Evidemment.

M. le Dr Ladmiral. — Pourquoi obligera-t-on la veuve à vendre son action ? N'est-elle pas souvent le collaborateur du confrère ; n'est-elle pas sa mémoire vivante ? N'est-ce pas elle qui le plus souvent l'aura aidé à faire valoir nos œuvres ? Pourquoi dès lors, aussitôt la mort de son mari, retirer à la veuve le droit de jouir des bénéfices acquis ? On pourrait les lui laisser ces actions à la veuve, à la veuve seule, et n'en exiger le retour à la société qu'après sa mort.

Dr Maurat. — Vous ouvrez la porte aux orphelins qui peuvent être plus intéressants que les veuves ; les chances de dispersion des titres s'augmenteraient.

Dr Gassot. — Dès maintenant, nous donnons une somme de 300 fr. qui pourra devenir plus grosse. Il faut espérer que les jeunes pourront faire mieux que nous.

Le Dr Ladmiral insiste.

Le Dr Delpeut. — Et pourquoi fixer le prix de rachat à 50 frs. ? Ces actions n'auront-elles pas acquis une plus-value dont vous risquez de frustrer les veuves. Puisqu'au bout d'un an les veuves seront obligées de revendre à ce prix de 50 fr., des confrères qui auraient pu les leur acheter à un prix plus élevé attendront ce délai d'un an.

Il est expliqué au Dr Delpeut que les actions du P. M. ne sont pas des valeurs de spéculation, que les statuts du P. M. leur attribuent un dividende fixe, et que, en conséquence, leur valeur ne bénéficiera d'aucune plus-value tant qu'il restera des parts de l'actif social à placer.

Il est évident qu'un médecin n'achètera jamais 70 fr. à une veuve, une part qu'il pourra avoir pour 50 au siège social tant que le dit siège en aura à vendre... et il en aura bien longtemps !

D'ailleurs quand toutes ces parts seront placées, il deviendra plus que jamais important que la Société puisse à bref délai disposer des parts des sociétaires décédés.

L'amendement des Drs Ladmiral et Delpeut mis aux voix est rejeté.

Art. 9. — Adopté.
Art. 10. — Idem.
Art. 13. — Modification adoptée.
Art. 14. — Supprimé.
Art. 15 devient 14 après modification adoptée.
Art. 15 nouveau :

Le Dr Verdalle demande si le mot « rémunération » ne pourrait pas être remplacé.

Le Dr Maurat lui répond qu'il ne faut pas s'arrêter aux mots. C'est de cet effroi des mots qu'à souffert depuis 50 ans le corps médical.

Il est décidé que le mot « rémunération » restera faute d'autre.

Amendement Fau (15 ans de participation au lieu de 10). Mis aux voix est rejeté.

Art. 15 est adopté en entier.
Art. 16. — Idem.
Art. 22. — Idem.

L'ensemble mis aux voix est adopté à l'unanimité dans la forme qui suit :

Société civile le « Patronage médical »

Siège social à Paris : 23, rue de Dunkerque.

TITRE PREMIER.

Formation de Société. Dénomination. Siège. Durée.

Constitution de la Société.

Art. 1er — Il est formé entre Messieurs :

Le docteur Armand Gassot, demeurant à Chevilly (Loiret) ;

Le docteur Amédée Maurat, demeurant à Chantilly (Oise) ;

Le docteur Hippolyte Jeanne, demeurant à Meulan (Seine-et-Oise) ;

Le docteur Henry Cézilly, demeurant à Coye (Oise) ;

Monsieur Noel Gonin, demeurant à Paris, 4, rue Tarbé ;

Et tous ceux qui, dans l'avenir, possèderont une ou plusieurs parts sociales ci-après créées, une Société civile.

Objet de la Société.

Art 2. — Le but de la Société est :

1° De rechercher les sources d'eaux minérales, exploitées ou non, ayant une valeur médicale ;

2° D'aider à la propagation de ces eaux par tous concours utiles, financiers ou autres ;

3° De les acquérir au besoin, et d'assurer leur exploitation, soit directement, soit par la création de Sociétés d'exploitation ;

4° De s'intéresser au developpement des stations minérales, balnéaires, climatériques, et en général à toutes les entreprises para-médicales, sous la réserve absolue de laisser de côté tout ce qui est exclusivement du domaine pharmaceutique.

Dénomination.

Art. 3. — La Société prend la dénomination « Société civile Le Patronage Médical ».

Siège.

Art. 4. — Le siège est fixé à Paris, rue de Dunkerque, n° 23 ; il pourra être transféré s'il y a lieu.

Durée.

Art. 5. — La durée de la Société est fixée à 50 années, elle pourra être prorogée.

TITRE II.

Apports. Fonds social. Parts.

Art. 6. — MM. Armand Gassot, Amédée Maurat, Hippolyte Jeanne, Henry Cézilly et Noel Gonin apportent à la Société :

1° Leurs projets et études en vue de la constitution de la présente société.

2° L'ensemble de leurs études relatives aux eaux minérales susceptibles d'être utilisées.

3° Les projets de traités avec les particuliers ou Sociétés existantes, propriétaires de sources exploitées ou non.

Fonds social.

Art. 7. — Le fonds social se compose de cet apport, duquel il n'est fait aucune évaluation ; cependant pour la perception des droits d'enregistrement, il est évalué cinquante mille francs.En représentation de cet apport, il est créé 20.000 parts de Société.

8.000 parts sont attribuées aux fondateurs en représentation de leurs apports, à charge par eux d'attribuer 5.500 des dites parts à une réserve spéciale.

12.000 parts sont également attribuées aux fondateurs à la charge par eux de verser pour chacuue d'elles, dans la Caisse sociale,une somme de 50 fr. dont les produits sont destinés à former le capital nécessaire au fonctionnement de la Société.

Propriété des parts.

Art. 8. — La propriété des dites parts au profit des ayants droit sera constatée par le présent acte de Société et par une inscription au livre des transferts.

Chaque souscripteur pourra demander un certificat de propriété de son inscription,lequel sera dressé à ses frais.

Ce certificat de propriété indiquera les numéros ou la série de numéros de la part ou des parts auxquelles il s'applique ; il contiendra un extrait du présent acte et portera la signature d'un des directeurs et d'un membre du Conseil de surveillance.

Transmission des parts.

Art. 9. — Les parts sont cessibles, conformément aux art. 1689 et suivants du code civil, et le cessionnaire deviendra par son acceptation associé adhérent aux statuts.

A l'avenir, nul ne pourra devenir propriétaire d'une ou plusieurs parts de la Société, s'il n'est médecin pratiquant.

Cette condition est de rigueur.

Les héritiers ou ayants droit d'un médecin décédé ne pourront prétendre qu'au remboursement des 50 francs par part versés.

Ils pourront cependant présenter un successeur médecin dans l'année du décès ; passé ce délai,leurs parts seront remboursées d'office.

Conditions suspensives.

Art. 10. — Dans l'intérêt général de la Société,le comité de direction a le droit de refuser tout transfert, sans pouvoir être tenu à donner le motif du refus.

Indivisibilité des parts.

Art. 11.— Les parts sont indivisibles et la Société ne reconnaît qu'un seul propriétaire pour chaque part.

Les co-propriétaires, même mineurs, devront se faire représenter par un seul d'entre eux, et faire à Paris, s'ils n'y demeurent, élection de domicile attributive de juridiction.

Autorisation d'associer des tiers à la Société.

Art. 12. — Tous les associés sont statutairement relevés de la défense portée à l'art. 1861 du code civil, d'associer des tiers à la Société, mais aux conditions suivantes :

1° Que les cessions auront lieu par voie civile et qu'ces cessions auront lieu sous la clause suspensiv de l'adhésion du Comité de Direction.

2 Qu'elles ne pourront avoir pour objet qu'une ou plusieurs parts.

Droits des parts.

Art. 13. — Chaque part donne droit à un vingt millième dans les bénéfices comme dans les pertes, sans que, dans aucun cas, les porteurs puissent être tenus des pertes au-delà du versement de cinquante francs à effectuer pour chaque part dans la caisse sociale.

Les bénéfices.

Art. 14. — Les bénéfices seront représentés par l'ensemble de tous les avantages qui seront accordés à la Société civile par les Sociétés d'exploitation qu'elle aura créées et patronnées à un titre quelconque, et aussi des bénéfices de l'exploitation des sources exploitées directement,s'il y a lieu.

Ces bénéfices seront ainsi répartis :

Après l'attribution de 5 % à la Réserve légale, et de 5 % au Conseil d'administration, il sera prélevé une somme suffisante pour distribuer un dividende, aux seules parts souscrites avant le 1er octobre de l'exercice, qui ne pourra excéder 7 % du capital versé.

Le surplus sera versé à une Réserve spéciale destinée à rémunérer tout concours.

Art. 15. — Tous les porteurs de parts ayant plus de 50 ans d'âge et 10 ans de présence dans la Société auront seuls droit à toucher annuellement une rémunération.

Le montant des rémunérations annuelles ainsi faites aux porteurs de parts se trouvant dans les conditions ci-dessus stipulées ne pourra excéder le dixième du capital de la Réserve spéciale augmenté des intérêts produits par le capital de cette réserve dans l'année courante.

Les rémunérations seront égales pour tous les ayants droit,quelque soit le nombre des parts dont ils seront détenteurs.

Droit de conseil et de surveillance.

Art. 16. — Les droits des porteurs de parts sont assimilés aux droits du commanditaire.

Le droit de conseil et de surveillance s'exercera par un ou plusieurs associés choisis parmi les premiers porteurs de parts.

TITRE III.

Administration et direction de la Société.

Pouvoirs de la gérance.

Art. 17. — La Société sera gérée et administrée par un comité de direction composé de gérants responsables.

Ce Comité de Direction sera composé de :

MM. Armand Gassot, Amédée Maurat, Henri Cézilly et Noël Gonin.

Le Comité de Direction a les pouvoirs les plus étendus pour la gestion, l'administration et la direction des affaires de la Société, pour laquelle il peut agir en toute circonstance.

Le Comité de direction arrête les comptes et le bilan annuel qui doivent être soumis à l'approbation du Conseil de surveillance.

Il peut donner mainlevée avec désistement de privilège et d'hypothèques, saisies immobilières, oppositions, saisies-arrêts, et autres empêchements, le tout avec ou sans paiement.

Il nomme et révoque tous les employés de la Société et fixe les conditions de leur admission.

Il agit en justice, tant en demandant qu'en défendant.

Il fait pour le compte de la Société toutes les opérations se rattachant à son objet, il fait tous achats immobiliers et toutes locations d'immeubles. Il est autorisé statutairement à contracter des emprunts hypothécaires avec le Crédit foncier de France, ou tout autre établissement financier, ou avec des par-

ticuliers, et à hypothéquer pour sûreté de ces emprunts les biens immobiliers de la Société. Il est autorisé à signer tous marchés.

Ces pouvoirs sont énonciatifs et non limitatifs.

Restriction des pouvoirs du Comité de direction.

Art. 18. — Les tiers sont prévenus que les pouvoirs du Comité de Direction sont limités par le présent acte de Société. Il ne pourra obliger les associés que dans la mesure indiquée par l'art. 13.

Le présent article sera publié.

Droits des créanciers des associés.

Art. 19. — Les créanciers personnels d'un membre du Conseil de Direction ou d'un des associés ne pourront exercer des poursuites contre la Société sous quelque prétexte que ce soit. Ils ne pourront provoquer l'apposition des scellés sur les biens ou valeurs de la Société, en demander la licitation ou le partage, s'immiscer en aucune manière dans l'administration.

Ils devront, pour l'exercice de leurs droits, s'en rapporter exclusivement aux inventaires sociaux.

Comptabilité.

Art. 20. — La comptabilité sera tenue dans la forme ordinaire sous la responsabilité du Conseil de Direction.

TITRE IV.

Réunion des porteurs de parts.

Convocation, droit de vote.

Art. 21. — Lorsqu'il y aura lieu de réunir les porteurs de parts, ils seront convoqués par une insertion publiée dans le journal « Le Concours médical » quinze jours au moins avant la réunion. Ceux qui en feront la demande seront convoqués par lettre individuelle à leurs frais.

La réunion sera présidée par un membre du Comité de Direction désigné à cet effet.

Les dispositions qui régissent les sociétés dont le capital est divisé en actions sont applicables aux réunions des porteurs de parts de la Société. Les porteurs de parts auront autant de voix qu'ils auront ou représenteront de parts, sans toutefois avoir plus de 50 voix. Les décisions seront prises à la majorité.

TITRE V.

Dispositions relatives au cas de décès.

Décès d'un associé.

Art. 22. — En cas de décès de l'un des porteurs de parts, la Société continuera avec les héritiers qui devront se faire représenter par une seule personne ayant les pouvoirs nécessaires pour les représenter en toutes circonstances. Ils devront se conformer aux dispositions de l'art. 9 ci-dessus.

Décès de l'un des membres du Comité de Direction.

Art. 23. — En cas de décès de l'un des membres du comité de Direction, les autres prennent l'engagement d'assumer la gérance de la Société jusqu'au jour où ils auront pourvu à son remplacement. Les droits de l'associé décédé se trouvent réglés, en ce qui touche la Société, par les parts qu'il possédait, et les héritiers ou ayants droit ne pourront prétendre qu'aux droits attachés aux titres.

Art. 24. — Le comité de Direction pourra déléguer tout ou partie de ses pouvoirs à un ou plusieurs de ses membres dont il demeurera garant envers l'association.

Art. 25. — La démission d'un membre du Conseil de direction, sa déconfiture, son interdiction ou la survenance en sa personne d'un état permanent d'infirmité ou de maladie, ne lui permettant plus de s'occuper des affaires sociales, sont assimilables à son décès et les conditions contenues en les articles précédents recevront leur application.

Conversion.

Art. 26. — Sur la proposition du comité de Direction, la Société pourra se transformer soit en Société en commandite, soit en Société anonyme, soit enfin adopter telle forme qu'elle jugera utile à ses intérêts, en suivant les prescriptions des lois régissant les Sociétés.

Modifications aux statuts.

Art. 27. — Sur la proposition du Comité de Direction, les porteurs de parts réunis pourront appor-

---

Bulletins d'adhésions à détacher.

LE SOU MÉDICAL

LIGUE DE PROTECTION ET DE DÉFENSE PROFESSIONNELLES

Je soussigné (nom, prénoms, qualité) ______

médecin à ______ *arrond*[t] *de* ______ *dép*[t] *de* ______

né le ______ *à* ______

reçu devant la Faculté de ______ *le* ______

membre de (1) ______

ou présenté par MM. (2) ______

déclare adhérer à la Ligue de protection et de défense professionnelles **LE SOU MÉDICAL**

et envoie au Trésorier la somme de (3) ______

montant de ma cotisation pour l'année courante.

A ______, *le* ______

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères, membres du Sou Médical.
(3) Du 1[er] janvier au 1[er] juillet : **Vingt francs**.
Du 1[er] juillet au 1[er] décembre : **Onze francs**.
Au delà du 1[er] décembre, pour l'année suivante : **Vingt francs**.

T. S. V. P.

Envoyer ce Bulletin affranchi, avec le mandat inclus, au trésorier du **Sou Médical** : Dr GASSOT, à Chevilly (Loiret)

porter aux statuts les modifications reconnues utiles.

Autoriser notamment :

a) L'augmentation du capital social.

b) L'extension des opérations de la Société sans toutefois porter atteinte à son but.

c) La prolongation de la durée de la Société ou sa dissolution anticipée.

Dans ces différents cas, les porteurs de parts ne pourront délibérer valablement que si la moitié des parts sociales sont représentées.

Nul ne pourra représenter un porteur de part s'il n'est associé lui-même et muni d'un pouvoir dont la gérance fixera le libellé.

Apposition des scellés.

ART. 28. — Dans aucun cas, il ne peut être apposé de scellés au siège de la Société, formé une opposition quelconque sur les biens et valeurs de la société à la requête d'un associé.

Contestations.

ART. 29. — Toutes les contestations qui pourraient s'élever pendant la durée de la Société ou lors de sa liquidation entre les associés, la gérance et la Société, relativement aux affaires sociales, et touchant l'intérêt général, ne pourront être portées devant les tribunaux qu'après avoir été soumises au Conseil de surveillance qui devra donner son avis sur la contestation, dans un délai qui ne pourra dépasser trois mois du jour de la réception.

Liquidation.

ART. 30. — En cas de liquidation anticipée ou à terme, la liquidation se fera par le comité de Direction sous la surveillance du porteur désigné pour exercer le droit de Conseil et de surveillance.

M. le Dr Ladmiral propose : « pour stimuler le zèle des indifférents, il est décidé que l'indemnité de 300 fr. aux veuves ne sera accordée qu'à celles dont les maris auront rendu des services à *la société.* »

Il est décidé que la proposition sera examinée en conseil de direction.

La séance est levée.

Le Secrétaire : P. GONIN. *Le Président :* Dr A. GASSOT.

REPORTAGE MÉDICAL

La présidence de l'A. G. — Nous prions instamment nos lecteurs, *au reçu du présent numéro*, d'adresser sans retard leur bulletin de vote au Président de leur Société locale, s'ils ne peuvent se rendre à la séance d'élection.

Il faut que M. Lereboullet apporte dans les démarches et les campagnes faites avec nous pour la défense professionnelle, l'autorité qui s'attache à l'élu de la très grande masse des praticiens. Pas d'abstentions, pas de bulletins blancs, pas de voix perdues sur d'autres noms: une élection qui soit une manifestation préludant à cette autre l'*Assemblée nationale professionnelle des praticiens français.*

Association corporative des étudiants en médecine de Paris (21, rue Hautefeuille). — L'Association corporative organise, le 10 décembre 1906, à 8 h. 1/2 du soir, salle des Sociétés savantes, une grande réunion-conférence, sous la présidence du Dr Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux, avec le concours assuré de médecins des hôpitaux, de médecins praticiens des villes et des campagnes, et d'étudiants pour : 1° Protester contre le certificat d'études médicales supérieures ; 2° Demander la reforme de l'enseignement en un sens pratique, l'organisation de l'enseignement à l'hôpital, la nomination d'une commission composée de medecins praticiens et d'étudiants en aussi grand nombre que de professeurs de la Faculté.

Les médecins praticiens et les étudiants en médecine sont instamment priés d'assister à cette réunion.

Le Directeur-Gerant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodique médicales.

Société civile « LE PATRONAGE MÉDICAL »

23, rue de Dunkerque, Paris (10e).

BULLETIN D'ADHÉSION

*Je soussigné (nom et prénoms)*__________

*Médecin à*__________ *Département de*__________

*né le*__________ *à*__________ *Département*__________

déclare adhérer au « **Patronage Médical** » *et prie M. le Dr* MAURAT, *gérant de la Société, de me transférer*__________ *parts au prix de cinquante francs l'une.*

(*a*) 1° *Je joins à cette adhésion la somme de* __________
2° *Je l'autorise à faire toucher la somme de* __________
représentant le montant de ma participation

__________ *le*__________

(SIGNATURE)

(*a*) **Prière de rayer le mode de paiement qui ne convient pas.**

Vingt-huitième année N° 50 16 DÉCEMBRE 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

APRÈS LES NOCES D'ARGENT DES SYNDICATS MÉDICAUX

Montaigu, le 29 novembre 1906.

Mon cher Gassot,

Le Concours a bien voulu, sur l'initiative du Dr Noir, ouvrir une souscription pour m'offrir un souvenir à l'occasion du 25e anniversaire du premier Syndicat médical de France.

Son appel a fait se manifester des sympathies pour moi que je voudrais avoir mieux méritées, et dont je suis fier, et je vous serais reconnaissant de vouloir bien, par la voie du *Concours*, exprimer à tous mes confrères mes sentiments de profonde gratitude.

Veuillez agréer, mon cher Gassot, l'assurance de mon dévouement. Dr MIGNEN.

N. D. L. R. Nous donnons ici à titre de récépissé les noms de trois souscripteurs retardataires qui envoyèrent leur offrande après clôture des listes.

MM. les Drs Faucheron, de la Garnache... 3 fr.
Vaille, de Gomegnies......... 2 fr. 50
Olidat, id. 2 fr. 50

LA SEMAINE MÉDICALE

L'Iboga du Congo. L'Ibogaïne.

C'est Corvisart qui disait, je crois, qu'il faut employer un médicament pendant qu'il guérit. Dans un accès de scepticisme un peu outrancier il exprimait sans doute la part qu'il faut faire dans bien des cas, à la mode, et à l'espèce de suggestion qui résulte d'une réclame habilement faite, dans les succès passagers obtenus par certains agents médicamenteux. Combien, en effet, dans le nombre incalculable de drogues qui sont jetées chaque jour aux médecins et aux malades possèdent une réelle valeur, et méritent d'être conservées dans l'arsenal thérapeutique ! Combien disparaissent à tout jamais, à peine sorties des creusets du laboratoire. A quelles faillites retentissantes, depuis quelques années, n'avons nous pas assisté ! Ce sont les glycérophosphates qui s'effondrent lamentablement ; les cacodylates leur succèdent, et quoique plus efficaces, donnent encore bien des mécomptes. Actuellement, la vogue est aux formiates, et déjà s'aperçoit-on qu'il ne faut pas leur demander trop de vertus !

En présence de ces insuccès, nous nous croyons autorisés à appeler l'attention du corps médical sur l'Ibogaïne. Ce nouveau médicament a été ex-

trait de l'Iboga du Congo, importé récemment en France par J. Dybowski qui, au cours de ses voyages d'exploration dans l'Afrique occidentale, avait constaté que les indigènes ont pour cette plante une véritable vénération : ils lui attribuent des propriétés surnaturelles et la considèrent comme un merveilleux stimulant général et un anti-déperditeur. Ce que l'empirisme a depuis longtemps appris à ces populations ignorantes, les travaux de laboratoire et des expériences scientifiquement conduites par le Prof. Pouchet et le Dr A. Landrin, ainsi que par le Prof. Huchard dans son service de Necker, l'ont hautement confirmé. L'Ibogaïne agit, en effet, sur le système nerveux pour le tonifier, le remonter ; elle agit sur les phénomènes de la nutrition qu'elle active ; elle agit sur le système musculaire, sur l'appareil circulatoire pour en régulariser les fonctions. A ces titres, elle est indiquée dans la neurasthénie et tous les états de déchéance organique qu'on observe dans les convalescences, à la suite du surmenage, dans la plupart des maladies chroniques.

La préparation la plus efficace et la plus facile à administrer est la dragée Nyrdahl qui contient 0.005 de chlorhydrate d'Ibogaïne et dont on prend 2 à 4 par jour.

L'entérite glaireuse des enfants.

L'entérite glaireuse des enfants, bien distincte de l'entérite muco-membraneuse, est caractérisée, qu'elle soit apyrétique ou non, par des selles mousseuses, muqueuses, glaireuses, mélangées de sang, avec quelquefois des raclures, des membranes, des lambeaux de chair à apparence de frai de grenouille. M. Rousseau Saint-Philippe (*Journal de médecine de Bordeaux*), proscrit le bismuth, le ratanhia, le tanin, l'antipyrine, qui ne feraient qu'enfermer le loup dans la bergerie. La méthode de choix est ici celle des évacuants, des substitutifs. Les purgatifs doux, les laxatifs sont à employer, si l'on ne veut risquer au moins chez l'enfant, d'augmenter l'irritation, la phlogose intestinale. Le calomel ne donne dans le cas particulier que des résultats incertains, sinon mauvais. De même pour les purgatifs salins. Au contraire, l'*huile de ricin*, seule ou associée à l'huile d'amandes douces bien fraîche, répond à toutes les exigences. (*Bull. Thérap.*)

Quand la maladie se prolonge, quand elle dure trois semaines, on se trouve bien d'avoir recours au *sirop d'ipéca composé*. M. R. Saint-Philippe prescrit :

Alcoolature de racine d'aconit	X à XX gouttes.
Sirop d'ipéca composé	30 à 60 gr.
Eau de tilleul	90 à 120 gr.

à prendre par grandes cuillerées toutes les heures *de jour et de nuit*.

S'il n'y a pas de fièvre, on supprime l'aconit.

Dans les cas où cette médication échouerait, on substituera au sirop d'ipéca composé la *macération à froid de poudre fraîche de guarana* à la dose de 0 gr. 20 à 1 gramme dans 120 grammes d'eau sucrée, à prendre régulièrement dans les vingt-quatre heures, par grandes cuillerées, toutes les heures sans interruption.

Les lavements sont inutiles. Quant à l'alimentation, il faut, tout comme dans l'entérite cholériforme, recourir à la diète hydrique. Il faut, en effet, éviter à cet intestin très enflammé, dépouillé de son épithélium et dont les sécrétions sont si altérées, l'apport d'un travail digestif quelconque avec ses poisons endo et exogènes. Des boissons délayantes, puis plus tard du bouillon de légumes, devront seul faire les frais de cette pseudo-alimentation qui ne devra faire place que peu à peu, très lentement, à la vraie.

La hernie accident du travail

M. le Dr Just Lucas-Championnière, l'éminent maître de la chirurgie herniaire, a récemment exposé dans son *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* ses idées sur la ligne de conduite que devrait observer le praticien dans l'appréciation des hernies comme accidents du travail.

« Il faut partir de ce fait qu'au point de vue scientifique, la hernie ne devrait pas être considérée comme un accident du travail, mais qu'en pratique cela est dans tous les pays du monde.

« Le rôle de l'expert doit consister à trouver un compromis entre la réalité des faits et la nécessité d'établir le droit à l'indemnité et sa quotité.

« L'examen d'une hernie au point de vue des accidents du travail pose un problème plus difficile peut-être qu'aucun autre cas relatif à la loi sur les accidents du travail.

« Il est facile de constater qu'un sujet travaillant a fait une chute au cours de laquelle il s'est cassé une jambe. Le principal de la difficulté portera sur l'appréciation de la quantité de capacité de travail dont il aura été diminué. Bien d'autres traumatismes sont dans le même cas.

« On n'a pas grand compte à tenir des antécédents, de la maladresse, même de certains défauts qui peuvent avoir favorisé l'accident.

« En matière de hernie, il en est tout autrement.

« Nous nous trouvons en présence d'une lésion qui, pour le public, résulte toujours d'un *effort*, puisque c'est le nom vulgaire qui lui a été attribué. Pour l'ouvrier, il n'y a aucun doute que la lésion ne soit produite par un effort. Il ne connaît, du reste, que les *efforts* que nécessite *son travail*. Parmi les efforts qu'il fait en dehors de son travail, efforts de toux, d'éternuement, de défécation, aucun ne lui paraît avoir un intérêt quelconqe.

« Il admet, également sans conteste, que la survenue de cette hernie détermine une diminution considérable de sa capacité de travailleur, diminution qui est *exclusivement contemporaine* de la survenue de la hernie.

« Par le public, c'est-à-dire par les magistrats, ces deux notions vulgaires sont acceptées sans hésitation. Une seule condition fondamentale leur paraît intéressante, la succession des faits.

« Nous ne devons pas avoir la vanité de penser qu'avant bien longtemps nous aurons assez de crédit auprès d'eux pour les faire changer d'opinion et accepter des notions scientifiques en contradiction avec ce qu'ils croient savoir et comprendre.

« L'employeur, qui est du public, accepte que la hernie peut être le résultat de l'effort exercé pendant le travail. Mais il redoute les fraudes et sait que la hernie pouvait préexister à l'effort qui a été invoqué.

« Un médecin compétent va être appelé pour constater la réalité des faits et donner une opinion qui paraît simple à tous les intéressés. Pour lui

seul. cette question va devenir d'une extrême complexité.

« En pratique le rôle du médecin expert deviendra simple, s'il se guide sur les règles suivantes :

« S'assurer qu'il y a eu accident;

« Que cet accident répond aux idées admises par tout le monde.

« Que l'effort ou le traumatisme, qui passent pour avoir amené la hernie, ont été violents.

« Qu'ils ont été favorisés par une position défectueuse.

« Que l'apparition de la hernie a été immédiate.

« Que l'impossibilité de travailler a suivi de près l'accident et que cette impossibilité de travailler a persisté.

« Ces conditions étant bien établies, le droit à l'indemnité paraîtra indiscutable.

« Si le sujet a manifestement des prédispositions à la hernie, même grossières, à constater, l'indemnité n'en sera pas moins due. Elle pourra seulement être réduite.

« Je dis l'indemnité. Cela ne signifie pas vraiment l'indemnité, mais la perte de capacité du travail, puisque c'est la seule chose que nous ayons à fixer. Cette fixation entraînera la quotité de l'indemnité.

« Or, dans l'immense majorité des cas, la perte de capacité du travail ne saurait être fixée bien haut.

« Je crois qu'il serait sage de ne pas l'élever souvent au-dessus de 10 p. 100 et que le chiffre de 5 est, en bien des cas, parfaitement suffisant.

« Toute autre manière de procéder risquerait de jeter une perturbation considérable dans l'industrie, injuste pour le patron et pour l'ouvrier tout à la fois

« La formule simple qui guide étant établie, voici mes conclusions personnelles, qui me paraissent donner une idée plus juste de la situation et dont l'application serait désirable et plus juste encore, quoique nous en soyons encore éloignés.

« Nous devons, en transaction avec les préjugés qui concernent la hernie, faire l'expertise pour accorder au travailleur, dont la hernie est apparue au cours d'un travail, une indemnité.

« Mais il serait de l'intérêt de l'employeur comme de l'intérêt de l'employé, que cette indemnité restât toujours dans les limites restreintes.

« En effet, si on accorde des indemnités trop fréquentes et trop élevées, il serait facile aux employeurs d'écarter par un examen médical les sujets qui sont susceptibles de prendre une hernie au cours du travail. On sera fatalement amené à ne pas engager pour un travail rémunérateur une foule de gens qui l'eussent fort bien accompli. Il y a déjà bien des administrations qui procèdent ainsi.

« Seuls, les petits patrons, qui n'ont pas les moyens de faire procéder à cet examen préalable, offriraient le travail dans ces conditions.

» Même en certaines régions, je ne sais pas comment on pourrait grouper un chiffre d'ouvriers important, en acceptant cette perspective des pensions onéreuses.

« D'autre part, il est manifeste qu'une foule de hernieux prennent part à des travaux même très durs et arrivent à un âge avancé sans avoir subi de très grands inconvénients de leur hernie.

« En matière d'indemnité pour hernie, on ne devrait, pour être juste, assigner que des diminutions de capacité très faibles, qui ne puissent faire accorder que des pensions très réduites. Même si j'étais libre de faire déterminer la quotité de l'indemnité, je ferais plutôt accorder une indemnité fixe, sans y joindre de pensions représentatives de la diminution de capacité. Je crois que ce serait infiniment plus juste, plus en accord avec la réalité des faits,

« Je voudrais que l'on procédât là comme pour les accidents vrais et que, l'indemnité une fois attribuée, le sujet muni d'un bandage fût considéré comme guéri.

« Cette manière de procéder serait en réalité beaucoup plus juste que la détermination d'une pension.

« Il y a là une sorte d'innovation, dont on pourrait trouver la formule, en considérant cette indemnité comme la provision nécessaire pour le sujet qui va être obligé de porter un bandage toute sa vie,

« Mais sa prétendue diminution de capacité de travail ne le condamnerait pas pour le reste de sa vie à la condition d'un ouvrier taré, quoique pourvu d'une pension. C'est pour cela qu'à défaut de cette possibilité, je conseille dans l'ordinaire des cas 10 à 15 p.100 la réduction de l'incapacité de travail, un peu plus forte peut-être pour les gens affectés à des travaux violents, un peu moindre pour les travaux demandant moins de puissance musculaire, jusqu'à devenir insignifiante dans une foule de professions.

« Je suis convaincu que si des médecins bien instruits appliquaient le bandage nécessaire, la plupart des ouvriers qui se découvrent une hernie, qui apparaît ou devient douloureuse à l'occasion d'un effort, seraient, après cette découverte, dans une situation bien plus avantageuse que pendant tout le temps pendant lequel la hernie avait été méconnue ou peu développée et non soutenue.

« Il ne resterait en dehors de ces conclusions que les cas ordinairement rares de gens qui ont fait une *déchirure vraie de la paroi*.

« Mais ce cas, unique pour plusieurs milliers de hernies, doit être facile à reconnaître pour tout le monde. »

L'extrait ovarique dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

Récemment, à la Société médicale des hôpitaux, M. le Dr Dalché a fait une très curieuse communication sur la pathogénie des vomissements incoercibles de la grossesse qu'il attribue à une insuffisance ovarique ou tout ou moins à une perturbation de la sécrétion ovarique. Peut-être est-ce l'absence de cette sécrétion qui permet l'accumulation dans le sang de substances toxiques ayant des propriétés émétiques. En tout cas, on peut obtenir la cessation des vomissements et enrayer cette action émétique, soit en superpurgeant l'intestin (méthode de la superpurgation de Bonnaire décrite dans le *Concours médical*, 1906, page 406), soit en administrant l'extrait ovarique en capsules ou en injections hypodermiques.

M. Vigier prépare un extrait ovarique qui réalise le maximum de perfection pour la médication opothérapique ; pour les vomissements incoercibles, on emploie cet extrait sous forme de capsules, à la dose de six à huit par jour.

L'ocréine de M. Grémy a, vraisemblablement, les mêmes propriétés opothérapiques ; on peut en essayer l'action sous forme de capsules ou mieux d'injections hypodermiques.

Le rôle de la timidité dans la pathogénie des psychonévroses.

A la dernière séance de la Société d'hypnologie et de psychologie, M. le Dr Bérillon a fait la communication suivante :

« La timidité est un état psychologique que l'on retrouve toujours à la base de toutes les psychonévroses et il est étonnant qu'un fait aussi évident ait été jusqu'à ce jour méconnu par les cliniciens. On ne peut l'expliquer que par le dédain trop général professé à l'égard de la séméiologie psychologique.

L'étude de la timidité jette cependant une vive lumière sur le mécanisme par lequel s'effectue la désagrégation des fonctions intellectuelles. Un sujet est en pleine possession de ses facultés, tout à coup, s'il se trouve en présence d'une autre personne, ce seul incident suffit pour que sa valeur personnelle en présente une diminution appréciable. Il est comme inhibé, paralysé pendant quelques secondes, quelques minutes ou quelques heures. Or, cette influence inter-mentale, résultant de l'intervention d'une autre personne, ne peut s'expliquer que par la connaissance des effets de l'hypnotisme. L'être intimidé se trouve dans un état psychologique analogue à celui de l'être hypnotisé. »

Parmi les manifestations objectives de l'intimidation, il faut placer au premier rang l'apparition de la rougeur ou de la pâleur.

« Ces modifications vaso-motrices indiquent que le sujet a subi une perturbation profonde dans sa circulation générale. La brusquerie de leur apparition permet de les assimiler à un véritable choc. Or on sait l'action déséquilibrante que les chocs peuvent exercer sur le système nerveux central et on s'explique que des troubles névropathiques puissent résulter de la répétition de ces actions déprimantes.

La plupart des timides ont la sensation du trouble apporté dans leur organisme par le choc émotionnel de l'intimidation. Ils se rendent compte de la difficulté qu'ils éprouvent à recouvrer l'empire sur eux-mêmes. Ils sont affectés de leur impuissance à se soustraire aux effets de l'intimidation. Ils en sont humiliés et perdent assez rapidement toute confiance en eux-mêmes. A la crainte des souffrances qu'ils sont exposés à ressentir se joint celle d'être constamment en état d'infériorité dans leurs entreprises ; aussi progressivement se créent en eux l'indécision, l'irrésolution, le doute et enfin l'état d'aboulie confirmé. Une enquête minutieuse, poursuivie depuis quelques années et portant sur un grand nombre de maladies m'a appris que presque tous les sujets atteints de troubles hystériques et neurasthéniques, bien avant le début de leur affection, étaient des timides.

La timidité était la manifestation la plus frappante de leur personnalité et il n'est pas douteux qu'elle a joué un rôle important dans l'apparition de leur psycho-névrose. Dans un assez grand nombre de cas même, l'apparition des accidents névropathiques est liée d'une façon étroite avec un fait d'intimidation dont le sujet a été la victime. C'est à cet évènement qu'ils rattachent l'apparition de leur maladie. Dans ces conditions l'hystérie et la neurasthénie, qui résultent des chocs émotionnels de l'intimidation, pourraient être rattachées au point de vue du pronostic et de la durée aux névroses traumatiques avec lesquelles elles présentent beaucoup d'autres points de ressemblance.

L'éducation et le milieu social sont les facteurs principaux du développement de la timidité. Chez les peuples où la pratique de l'égalité entre les citoyens est poussée à un degré assez avancé la timidité est moins fréquente. C'est ce qui se passe dans l'Amérique du Nord et en Suisse où les hiérarchies gouvernementales et autres ne comportent pas de personnages très intimidants. Chez les peuples où le respect des hiérarchies est poussé très loin, comme en France, les timides sont extrêmement nombreux. Chez certains la disposition à l'intimidation est même si développée que cet état psychologique peut être considéré comme la manifestation initiale d'une psychonévrose.

Dans mes cours de psychothérapie et dans ma technique de la rééducation de la volonté, je fais toujours une part au traitement de la timidité. Par des exercices spéciaux j'entraîne le sujet à réagir contre les effets de l'intimidation. Les timides étant facilement hypnotisables, ils sont par ce fait susceptibles d'être hypnotisés à leur insu. Je leur suggère qu'à l'avenir, ils ne pourront plus l'être que quand ils y consentiront, quand leur santé l'exigera et quand ils auront affaire à un médecin expérimenté. C'est dans les cas de timidité que la suggestion m'a toujours donné les résultats les plus marqués et les plus durables.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

LES MÉDICATIONS DES ETATS CHRONIQUES.

Médications des maladies chroniques des reins.

Suivant le plan adopté dans nos deux précédents articles, nous abordons aujourd'hui la question des médications des maladies chroniques des reins : lithiase rénale et coliques néphrétiques, albuminurie, tuberculose et cancer du rein.

I

Lithiase rénale.

La médication de la lithiase rénale comprend la prophylaxie de la gravelle et le régime lithontritique.

Pour éviter la lithiase rénale, quand l'hérédité y prédispose et quand on a un tempérament arthritique, il faut éviter la sédentarité, l'alimentation trop exclusivement carnée et le vin pur, surtout le vin rouge trop riche en acide tannique: le café, le thé même pris en trop grande quantité

sont malfaisants par leur tanin et par certaines de leurs essences irritantes.

La sédentarité peut être combattue par les exercices méthodiques quotidiens, la marche, l'équitation, l'escrime, le canotage, la gymnastique, les douches tièdes, le massage et les frictions sèches ; enfin, on aura recours fréquemment aux bains chauds alcalins avec 250 à 500 grammes de carbonate de soude.

Le régime alimentaire consiste principalement en laitage, viandes blanches, légumes verts, sauf l'oseille, les épinards, les choux, les choux-fleurs, la rhubarbe, les tomates. Les oranges et les fruits insuffisamment mûrs sont à éviter.

Le café, le thé et l'alcool sont tout à fait contre-indiqués. Comme boissons, le vin léger additionné d'eau, la bière faible,le cidre allongé d'eau, les tisanes et infusions diurétiques ou aromatimis, au choix. Depuis longtemps, la fréquence de la gravelle chez les vignerons, principalement chez les Bourguignons, semble suffisamment démontrer le danger des bons vins de Bourgogne et même de Bordeaux pris trop fréquemment, et si l'abus des vins médiocres ou inférieurs donne aux gens de condition moyenne ou pauvre la cirrhose du foie et la tuberculose pulmonaire, l'usage répété des bons crûs conduit les raffinés et les gourmets à la lithiase rénale et à la pierre.

Certains aliments ont la réputation populaire d'être utiles comme antilithiasiques rénaux ; cette réputation n'est d'ailleurs pas toujours justifiée par des preuves scientifiques. Rappelons les propriétés anti-lithiasiques des navets, des raves, des carottes, de la chicorée, des pommes et des fraises que nos ancêtres vantaient contre la goutte et la gravelle. En général, tous les acides, principalement l'acide acétique (vinaigre) et l'acide tannique sont dangereux ; au contraire, les acides malique, tartrique et citrique paraissent favorables.

D'ailleurs depuis quelques années les médecins ont remis en honneur la cure de jus de citrons contre le rhumatisme chronique et la goutte.

Pris *abondamment* le jus de citrons paraît, en effet très efficace, mais il faut absorber environ le jus de 15 à 20 citrons par 24 heures.

Après la partie diététique et prophylactique, nous abordons l'examen de la thérapeutique proprement dite de la lithiase rénale.

La phase aiguë, c'est-à-dire la colique néphrétique, est une des manifestations douloureuses les plus terribles que l'on puisse endurer : le remède qui, peut-être,conviendrait le mieux, serait la rachicocaïnisation ou la rachistovaïnisation immédiate, qui engourdirait complètement toute la partie affectée, mais cette opération n'est pas encore d'un emploi assez courant pour être conseillée à tous les praticiens. Faute de cette méthode donc, on aura recours à la classique piqûre de morphine de *un* centigramme, renouvelée, au besoin, toutes les douze heures. Les bains chauds un peu prolongés sont quelquefois suffisants pour calmer les coliques de moyenne intensité ; on peut, du reste, recourir concomitamment à des applications chaudes de liniment calmant au chloroforme, au laudanum, et aux extraits de belladone, ciguë, jusquiame.

Le lithiasique en crise aiguë a parfois des syncopes, qui ont une gravité exceptionnelle ; la mort peut même en être la conséquence. On doit contre les syncopes employer l'éther en injections sous-cutanées et en inhalations, appliquer des sinapismes aux membres inférieurs et frictionner énergiquement tout le corps.

Un médicament fort utile contre les coliques néphrétiques, c'est l'éther amylvalérianique ou valéraniate d'amyle, en capsules de 15 centigrammes (6 par 24 heures).

Ce médicament est en même temps analgésique et antispasmodique ; beaucoup de malades se trouvent bien de son usage.

La crise aiguë passée, on prescrit au patient un régime sévère ; lait et laitage, viandes blanches, légumes verts non acides, raisins, pommes, et comme boisson, uniquement de l'eau pure ou de l'eau minérale (source Maynard, Vittel, Contrexéville, etc.). Les médicaments lithontritiques sont naturellement indiqués : benzoate de soude et de lithine, lycétol, urotropine, helmitol, pipérazine.

Le benzoate de soude se prescrit à la dose de 2 grammes par jour.

Le benzoate ou le carbonate de lithine à la dose de 0,50 centigrammes.

Le lycétol se prend en solution alcaline à la dose de 2 grammes en doses de 0,50 à 1 gramme.

L'urotropine : 3 grammes en 6 doses de 0,50 centigrammes.

L'helmitol : 4 grammes en 4 doses dans de l'eau.

Le chlorhydrate de pipérazine peut être administré à la dose de 0,20 centigrammes par jour sous forme de piqûres hypodermiques de 0,10 centigr. ou en cachets.

Les tisanes diurétiques n'ont, le plus souvent, qu'une action illusoire ; mais elles peuvent avoir l'avantage de suggestionner les malades que l'eau pure dégoûte.

II

Néphrites et albuminurie.

La constatation de la présence de l'albumine dans l'urine constitue le symptôme capital des néphrites.

Nous ne discuterons pas ici le diagnostic différentiel des néphrites et nous nous bornerons à signaler les médications sérieuses de l'albuminurie.

Et d'abord, tous les cas d'albuminurie comportent-ils les mêmes traitements ? Evidemment non. Il y a des albuminuries cycliques et périodiques sur l'étiologie desquelles on n'est pas toujours bien fixé, et qui comportent un traitement plutôt tonique et antinerveux comme les bromures et l'iodure de fer, les frictions sèches et l'hydrothérapie chaude.

D'une manière générale, il faut se souvenir de ce principe, que l'albuminurie indique une grande perturbation dans le fonctionnement du filtre rénal et éviter d'introduire dans l'organisme les substances qui, par leur accumulation ou même, simplement, par leur présence dans le sang, risqueraient d'intoxiquer l'organisme. Un régime alimentaire sévère s'impose donc dans tous les cas ; à tout prix, on doit écarter les mets qui renferment des toxines ou qui sont susceptibles d'en produire : poissons, gibiers, viandes, épices, salades, pâtisseries, charcuterie, vins vieux, bière, café, liqueurs sont autant d'aliments formellement prohibés. Depuis les travaux de MM. Achard et Widal, on a même la preuve qu'une substance regardée jusqu'alors

comme à peu près indifférente, le sel marin est extrêmement dangereux chez les albuminuriques, car elle provoque des œdèmes et des hydropisies abondantes. Il faut donc prescrire un régime alimentaire dépourvu de sel : du pain sans sel, des pommes de terre à l'eau sans sel, de la viande crue râpée, des fruits cuits, des confitures, et, comme boisson, de l'eau minérale faible, telle qu'Evian, Maynard, Martigny.

Quand il s'agit de l'albuminurie cyclique, ce régime est largement suffisant ; mais il faut beaucoup plus de précautions et de sévérité dans le traitement pour l'albuminurie chronique due à néphrite. Les complications que peut provoquer la rétention des toxines dans le sang et les accidents que produit l'absence de perméabilité rénale sont : les convulsions urémiques, les vomissements, l'anurie, la diarrhée, les congestions pulmonaires, le coma et la mort.

Tout d'abord, on devra instituer le régime lacté absolu : ce régime consistera en une alimentation exclusive par le lait à la dose de trois litres au moins en 24 heures. Pour arriver à faire supporter ce régime à l'estomac, il faut faire prendre le lait par doses de 300 grammes toutes les heures et demie ; mieux vaut le faire bouillir pour éviter la transmission de maladies dont les germes se trouvent parfois dans le lait ; mais comme le lait bouilli est moins digestif et moins agréable au goût que le lait cru, beaucoup de malades préfèrent le lait cru, on peut donner le lait cru. Il est parfois nécessaire d'additionner le lait d'eau alcaline pour en faciliter la digestion. Comme les deux principaux écueils de l'alimentation lactée sont l'abondante production de gaz intestinaux et la constipation opiniâtre, il est aussi utile de prescrire, concomitamment au régime lacté, de la magnésie calcinée à hautes doses, 3 ou 4 cuillerées à café par jour, et du charbon de peuplier, ou bien du peroxyde de magnésium, cinquante centigrammes à un gramme par jour.

Le régime lacté, pour être efficace, doit être strict, sans addition de la moindre parcelle d'aliments, toutefois, pour faire accepter le lait par les palais difficiles, on peut aromatiser avec un peu de rhum, de kirsch, d'anis, de badiane, etc. Le sucre est permis aussi, mais *non pas* le sel.

Quand les malades peuvent s'habituer au rétime lacté, l'idéal est de le leur faire continuer plusieurs semaines, plusieurs mois même. Avec ce régime, en effet, on est à peu près assuré de ne pas avoir de complications ; la diurèse se fait à souhait, il n'y a pas de manifestations urémiques, vomissements, céphalée, crises convulsives. Au bout de plusieurs mois de ce régime, on peut obtenir la guérison.

Malheureusement, le fait est rare et peu de malades ont le courage et la patience de continuer le lait bien longtemps. Du reste, la digestibilité du lait n'est pas toujours parfaite : d'abord le régime lacté produit des gaz abondants et du tympanisme abdominal ; les malades s'en trouvent fréquemment incommodés. De plus, le lait amène 9 fois sur 10 une constipation opiniâtre, contre laquelle il faut s'apprêter à lutter dès le début, si l'on ne veut pas avoir de graves inconvénients dans la suite. Chez quelques malades, la digestion du lait ne se fait pas, et l'on voit survenir des vomissements et surtout de la diarrhée.

Il se passe, en somme, chez eux, un phénomène analogue à celui de la dyspepsie des nourrissons au biberon. Contre cette dyspepsie lactée, on essaiera de lutter en choisissant un lait léger, le lait stérilisé et centrifugé, par exemple, ou bien le lait oxygéné, ou encore le kéfir et le Yohourth. Enfin, on peut avoir recours à un bon lait ordinaire non bouilli additionné de papaïne ou mieux de lab.ferment. En aucun cas il ne faut se laisser décourager par quelques débuts malheureux, car *rien ne peut remplacer l'alimentation lactée dans l'albuminurie*, et si l'on est contraint par les circonstances de l'abandonner pour instituer le régime alimentaire déchloruré, on peut être assuré de perdre définitivement tout espoir de guérison pour l'avenir.

Le régime déchloruré éloigne tout danger immédiat, mais il ne permet pas la rétrocession des lésions épithéliales ou interstitielles du rein.

Avant de terminer ces considérations sur le régime lacté, n'omettons pas de dire que, pour lutter contre le tympanisme abdominal et contre la constipation, on peut employer la poudre de magnésie calcinée à la dose de 3 ou 4 cuillerées à café par 24 heures ou mieux la poudre laxative de G. Sée : soufre précipité (crème de tartre pulvérisée, magnésie calcinée, ââ, p. e.) 2 ou 3 cuillerées à café par jour.

Quand le régime lacté ne peut être supporté par suite de troubles digestifs ou d'invincible dégoût, on a la ressource aujourd'hui d'appliquer le régime déchloruré de MM. Widal et Achard. Rappelons, en quelques lignes, ce qu'est le régime déchloruré.

Les aliments compris dans ce régime sont le pain préparé sans sel, la soupe maigre aux légumes, la viande crue pulpée u rôtie (bœuf, mouton, poulet), les poissons d'eau douce, les œufs sous diverses formes, la crème fraîche, les pommes de terre, le riz, les petits pois, les carottes, les haricots verts, les artichauts cuits sans sel, les salades au citron, les sucreries, es pâtisseries, les fruits, le chocolat, le beurre en petite quantité, au maximum 50 grammes. Comme condiments, on peut permettre le poivre, le vinaigre, le citron.

Comme boisson, on peut donner presque toutes les eaux minérales, le thé, le café, la bière, le cidre et même le vin, bien qu'on ait longtemps considéré le vin comme dangereux dans le brightisme.

Les recherches modernes ont suffisamment démontré que, prise très modérément, cette boisson n'offre pas d'inconvénients sérieux.

M. Widal a donné quelques chiffres types comme guides de l'hygiène alimentaire des brightiques à chaque repas :

Pain déchloruré........	200 gr.
Viande crue (bœuf, mouton, poulet)...................	200 gr.
Légumes..................	250 gr.
Beurre....................	50 gr.
Sucre	40 gr.
Eau	1 litre et demi
Vin	30 centilitres
Café	30 centliitres

Ce régime fournit 1500 calories et 60 gr. d'albumine, quantités suffisantes pour assurer la conservation et la régénération des tissus.

Les doses indiquées sont les doses maxima qu'il faut tâcher de ne pas atteindre constamment ; mais il faut, pour qu'elles soient suffisantes, que le malade reste au repos.

Les rations sus-indiquées n'ont rien d'immuable ; ce sont des moyennes et la proportion des diverses substances peut-être, sans cesse, modifiée suivant la marche de la maladie, suivant la tolérance et suivant l'appétit des malades.

Le régime déchloruré peut-être continué indéfiniment, sans inconvénient, mais il n'a qu'un résultat, c'est de maintenir l'albuminurique dans un état supportable, sans complications, mais il n'a pas et ne peut avoir la prétention d'amener une régression, ni une guérison du mal.

Dans le but de favoriser la guérison des néphrites ,la seule médication que l'on ait tentée avec quelqu'apparence de succès, c'est l'opothérapie rénale.

Depuis les recherches de Brown-Séquard, on a tenté l'opothérapie pour toutes les affections organiques, mais on a éprouvé beaucoup d'échecs pour les maladies du foie, en particulier. Les affections du rein paraissent pouvoir être favorablement influencées par l'opothérapie.

Voici, en quelques lignes, la description des manipulations à effectuer pour appliquer l'opothérapie rénale.

Un rein de porc, absolument frais, pas trop gros, bien rosé et sans odeur, est décortiqué soigneusement et hâché bien menu. On le lave rapidement à l'eau distillée, pour enlever l'urine stagnante que peut contenir le hachis.

Le hachis de rein est ensuite broyé, pulpé au pilon dans un mortier avec 450 centimètres cubes d'eau distillée bouillie. Le pulpage effectué, on laisse reposer la bouillie qui en résulte, toujours dans un endroit frais, voire dans la glace autour du mortier.

Au bout de 6 heures, on décante. Le liquide décanté forme environ 400 grammes d'une sorte de lavure de chair, que le malade doit absorber en 3 ou 4 doses dans les 24 heures. La macération du rein ainsi obtenue n'a pas mauvais goût ; son aspect seul répugne un peu. Pour parer à cet inconvénient, on peut mêler la macération de rein à un peu de bouillon tiède de julienne ou à du sirop de limons.

La macération de rein ne doit pas être administrée continuellement ; le mieux est d'en faire prendre pendant dix à douze jours, puis de laisser reposer l'organisme une huitaine, pour reprendre pendant dix jours une nouvelle série de doses de macération.

Les effets diurétiqnes de ce remède sont à peu près constants ; de plus, sous son influence, on voit rapidement baisser la quantité de l'albumine, quelquefois même cette albumine disparaît complètement et la guérison est obtenue.

A défaut de porc, on peut se servir de reins de bœuf, mais ceux de porc valent mieux. Nous n'avons jamais observé d'inconvénients notables à la suite de l'emploi de cette méthode.

Telles sont les médications à mettre en œuvre dans les cas d'albuminurie chronique, quoique trop souvent encore insuffisantes, elles ont scientifiquement fait leurs preuves, tandis que les médicaments employés autrefois, tanin, iodure de fer, térébenthine n'ont jamais donné aucun résultat.

D'ailleurs, il est bon d'ajouter que beaucoup d'albuminuries doivent se produire par simple dyscrasie du sang, mais sans lésions rénales, car on en voit souvent guérir seules, sans intervention médicale, ni régime. Beaucoup aussi continuent à progresser fatalement, sans qu'aucun régime, ni aucune médication aient jamais paru exercer la moindre influence,et la dégénérescence s'accentue de jour en jour jusqu'au dénouement terminal.

III

TUBERCULOSE RÉNALE.

La tuberculose rénale est d'autant plus curable que le diagnostic en est établi de meilleure heure. Les douleurs rénales, les urines troubles et plus ou moins nauséabondes, les phénomènes fonctionnels, sueurs nocturnes, amaigrissement, perte de forces et de l'appétit sont les premiers symptômes qui *peuvent* faire penser à la tuberculose rénale. L'examen de l'urine dénote la présence d'une notable quantité d'albumine et du pus. Au moyen de l'appareil diviseur des urines de Cathelin ou de celui de Luys, on peut, après avoir recueilli l'urine de chaque rein séparément, se rendre compte du siège de la lésion et porter un diagnostic précis du côté atteint.

C'est alors que le traitement pourra vraiment avoir quelque chance de succès.

Et ce traitement le seul rationnel et sérieux, c'est la néphrectomie totale du rein atteint ; bien entendu, cette opération radicale ne peut être tentée, avec quelque apparence de légitimité, que quand les recherches cliniques ont prouvé l'intégrité de l'autre rein.

Faute de l'opération radicale, on peut essayer un traitement palliatif médical, surtout quand l'on n'est pas sûr de l'intégrité de l'autre rein ; ce traitement consiste dans l'application du régime lacté absolu, avec repos prolongé au grand air et au soleil du midi ; comme médicaments, on peut donner le lycétol, l'urotropine, les benzoates et les borates de soude, l'helmitol, aux doses de 1 gr. à 3 gr. par 24 heures,avec de l'eau minérale alcaline.

Contre la fièvre hectique, on peut employer les sels de quinine, mais il faut mieux éviter l'antipyrine, la phénacétine, l'antifébrine et le pyramidon de peur d'intoxication par imperméabilité rénale et rétention du médicament. Comme l'évolution de la maladie peut être d'assez longue durée et comme le patient peut se fatiguer du régime lacté continu, on peut recourir au régime déchloruré et à la viande crue palpée, sans sel.

Localement, on fera des applications d'huile à la térébenthine, de liniments calmants variés au chloroforme, au laudanum, avec des bandes de flanelles chaudes, ou bien des badigeonnages de vingt à trente gouttes d'huile gaïacolée, ou encore des applications de quatre-vingt à cent cinquante pointes de feu, suivies de pommade camphrée, mentholée ou gaïacolée.

Mais tous ces moyens sont profondément illusoires ; ils sont plutôt destinés à suggestionner le malade et à l'encourager. La chirurgie seule peut assurer une longue survie, sinon la guérison radicale.

IV

LE CANCER DU REIN.

En attendant que l'efficacité du sérum anticancéreux de notre confrère Doyen ait fait da-

vantage ses preuves ou que l'Institut Poirier — de Rothschild ait donné le jour à une méthode thérapeutique nouvelle, force nous est de déclarer que seule la chirurgie peut essayer quelque chose pour le malheureux cancéreux rénal. Quand les hématuries, fréquemment renouvelées, quand l'exploration directe du rein, quand la cachexie et les douleurs ont mis le praticien sur la voie du diagnostic du terrible cancer rénal, il ne faut pas perdre un temps précieux à flatter la pusillanimité du malade par des remèdes médicaux sans efficacité : néphrectomie ou néphrotomie, selon les cas, telles sont les deux opérations entre lesquelles on peut hésiter. — A moins que l'on n'aide le pauvre désespéré à mourir un peu plus doucement, en le morphinisant et en l'intoxiquant d'opium ou de chloroforme, ce qui n'est guère légitime que dans les cas ultimes.

La néphrectomie précoce est évidemment l'opération de choix ; car elle permet de soustraire l'organisme aux infections secondaires et aux complications urémiques ; elle enraye les hématuries, parfois inquiétantes par leur abondance et par la rapide déchéance qu'elles provoquent.

Quant au traitement médical proprement dit, il est malheureusement limité : outre le régime lacté, il faut administrer le tannin à doses réfractées par prises de dix centigrammes, cinq à six fois par jour, l'ergotine et surtout le chlorure de calcium à la dose de 0,50 centigr. à 4 gr. par jour ; mais avec ce dernier médicament il faut éviter le régime lacté.

Telles sont les médications des principales affections rénales. Nous reviendrons, dans un prochain article, sur les traitements de l'hydronéphrose, des dégénérescences amyloïdes et de la maladie d'Addison.

Dr Paul HUGUENIN.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement médical de la métrite catarrhale et de la métrite douloureuse chronique.

Bien que toutes les métrites chroniques se manifestent par un ensemble de symptômes communs, il en existe deux variétés qui se distinguent plus particulièrement par la prédominance de tel phénomène fonctionnel. L'une d'elles est caractérisée par une leucorrhée abondante, de couleur variable, mais presque toujours blanc jaunâtre, muco-purulente. C'est la *forme catarrhale*. L'autre, plus particulièrement douloureuse, entraînant même parfois une réelle impotence, constitue la *forme douloureuse chronique*.

Dans la métrite catharrhale, l'écoulement leucorrhéïque n'est pas toujours permanent, il acquiert une abondance insolite, et parfois se manifeste par de véritables crises secrétoires (Pozzi) ou excrétoires (Labadie-Lagrave), et les malades baignées de muco-pus sont obligées de se garnir.

Dans la forme douloureuse, les souffrances occupent la région hypogastrique et la région annexielle. Presque constamment aussi elles s'irradient aux lombes. D'habitude, cette douleur est sourde, persistante, gravative, mais elle acquiert parfois une violence telle que les malades occupées sans cesse à éviter toutes les circonstances susceptibles de les réveiller ont leur existence entravée.

Comment lutter contre ces deux affections utérines ? Allons-nous conseiller une opération radicale qui enlèvera avec l'organe d'aussi pénibles symptômes ? Ce serait aller un peu vite en besogne, car la maladie n'est pas immédiatement dangereuse, et la gynécologie médicale est aujourd'hui assez riche pour que nous puissions d'abord en attendre un réel secours.

Si l'on se rapporte, en effet, aux publications scientifiques de ces dernières années, on voit que les tamponnements vaginaux, les ovules glycérinés, les dilatations, le massage, parviennent souvent à soulager ces malades.

Nous trouvons cependant ces divers traitements encore insuffisants, quand il s'agit de lutter contre la métrite catarrhale et la forme douloureuse. Si l'on excepte le massage utérin qui agit en diffusant l'inflammation et en tonifiant les téguments suspenseurs, leurs effets cliniques sont lents à se montrer et trop souvent transitoires. Aussi, depuis bientôt 3 ans, nous avons l'habitude de renforcer les moyens médicaux par les propriétés éminemment résolutives et analgésiques de l'oléo-sulfonate de sodium. En imprégnant, en effet, les tampons de nos pansements par un mélange de thigénol et de glycérine à parties égales (presque toujours 60 gr.), ou bien encore en faisant placer chaque soir par les malades elles-mêmes un ovule thigénolé à 30 0[0, nous parvenons dans presque toutes nos observations à effacer la douleur en 8 à 15 jours, à diminuer les pertes en 3 à 4 semaines et parfois à les tarir entièrement en 2 mois environ.

S'il s'agissait là de métrites ordinaires, ce résultat serait banal et nous n'en parlerions même pas, car beaucoup d'auteurs l'ont rapporté déjà en nous parlant du thigénol. Mais de semblables effets, ayant trait à deux affections particulièrement tenaces, ont pris à nos yeux une importance pratique assez considérable pour qu'il nous soit permis de les communiquer aux Praticiens.

Voici d'abord un cas de métrite catarrhale chronique.

La malade est une jeune femme de 27 ans. Elle a depuis plusieurs années de la métrite chronique surtout caractérisée par une leucorrhée très abondante, muco-purulente.

Très souvent, cette femme est obligée de se garnir. Elle souffre peu d'habitude, cependant il lui arrive parfois d'évacuer une très grande quantité de liquide après une crise douloureuse de courte durée. Les règles assez abondantes durent 5 à 6 jours.

A l'examen l'utérus est un peu volumineux, le col est entr'ouvert et porte sur sa lèvre postérieure une vaste ulcération. La position est à peu près normale, et il n'y a rien aux annexes. On voit s'écouler du col une forte leucorrhée blanc-jaunâtre. La partie supéro-interne des cuisses porte un peu d'intertrigo sur un fond brun.

Un ovule thigénolé à 30 % est introduit tous les soirs après une injection très chaude au permanganate. Dès les premiers ovules, la malade a constaté un écoulement séreux très considérable. Cet écoulement s'est continué pendant les 3 premières semaines avec une abondance croissante à mesure que la leucorrhée habituelle diminuait d'intensité.

Au bout d'une dizaine de jours, les pertes leu-

corrhéiques avaient diminué et surtout se trouvaient plus fluides et blanchâtres. Vingt jours après, elles avaient en grande partie disparu. Les règles à ce moment se terminèrent en 4 jours sans incidents, et les pertes blanches ne furent pas plus abondantes par la suite. En 7 semaines de traitement, cette malade était presque entièrement débarrassée de sa leucorrhée. Elle n'avait pas eu depuis le début de sa médication la moindre crise excrétoire.

A ce moment l'utérus était moins volumineux. *Il n'y avait pas d'ulcération* sur les lèvres du col.

Dans plusieurs cas analogues, les ovules thigénolés ou les tampons trempés dans la solution glycérinée à 50 pour 100, sont parvenus aux mêmes résultats. Constamment au début, ils produisaient des écoulements séreux de grande abondance, preuve d'une action résolutive intense ; très vite les pertes se fluidifiaient et s'atténuaient pour disparaître en presque totalité dans un temps variable qui n'a pas dépassé 2 mois 1/2. A ce moment, le volume de l'utérus était beaucoup moins exagéré, ce qui démontre bien que le thigénol n'a pas des effets curatifs sur les seules manifestations fonctionnelles.

Contre la métrite douloureuse chronique, les mêmes ovules et les mêmes tampons thigénolés déterminent encore des résultats manifestes et peut-être même plus rapides.

Chez une femme de 39 ans, il existait depuis bientôt 11 ans, à la suite d'une fausse-couche, des symptômes métritiques très nets. Mais ce n'est que depuis 2 ans environ, que les souffrances avaient pris une acuité particulière. Cette femme souffrait presque constamment dans le bas-ventre et les lombes. Après une fatigue quelconque, et le plus souvent à la fin du jour, ces douleurs devenaient extrêmement violentes. La vie de cette femme se passait dans une crainte perpétuelle, la crainte de réveiller par un mouvement trop rapide ou trop brusque les accès douloureux. Les règles aussi étaient pénibles, mais duraient 4 jours en moyenne.

A l'examen, l'utérus était très volumineux, dur, comme fibromateux, très sensible au toucher. Légère leucorrhée, mais pas d'ulcération. L'utérus était retroversé, les annexes paraissaient normales.

Nous avons ordonné un ovule thigénolé à 30 % chaque soir, et très rapidement, en 4 jours, les douleurs lombaires étaient devenues moins vives. Ici encore, les ovules ont déterminé des écoulements séreux assez abondants. Au bout de 12 jours, les douleurs des reins n'existaient plus, et la malade pouvait travailler sans en ramener le retour. En 18 jours, il n'y avait plus en aucune région le moindre phénomène douloureux.

A ce moment, l'utérus, sans avoir un volume normal, était cependant beaucoup moins hypertrophié et le toucher cervical n'était plus possible. Nous avons alors continué le traitement par le massage utérin pour redresser plus aisément la rétrodéviation et ordonné encore par intervalles les ovules à 30 0[0. Les règles n'ont plus été douloureuses et la malade est restée très améliorée depuis lors.

Les ovules thigénolés représentent donc pour le praticien un moyen des plus efficaces de guérir la métrite catarrhale et la métrite douloureuse. Pour cette dernière cependant, le mot guérir n'est pas tout à fait exact. Nous avons, en effet, observé plusieurs cas où, tout en éloignant les souffrances, le thigénol n'entraînait pas une régression suffisante du volume utérin. Dans certaines formes de métrite parenchymateuse, en effet, les altérations histologiques sont trop anciennes, trop accusées pour qu'un procédé médicamenteux puisse les faire rétrocéder et le thigénol alors est un simple palliatif. Il recule pour un certain temps l'intervention sanglante, mais parfois encore il reste indiqué d'y recourir.

D'une façon générale, cependant, ce remède nous a paru supérieur à la plupart de ceux que l'on utilise habituellement comme anti-catarrhaux et analgésiques, et cela parce qu'il procure mieux que n'importe lequel une dérivation extérieure par les écoulements séreux qu'il entraîne. C'est parce qu'il dégorge les glandes muqueuses et les vaisseaux ectasiés, c'est parce qu'il entraîne en une sorte d'aspiration thérapeutique les sécrétions stagnantes de la cavité utérine, qu'il fluidifie d'abord la leucorrhée et tarit ensuite sa source. Ce fait a déjà été signalé par un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels Rousseau (1), de Tours, Saquanno (2), David (3), Batigne (4), Delaunay (5), Wassilief (6), etc.

En constatant les effets anti-leucorrhéïques du Thigénol, ces observateurs ont remarqué la disparition des ulcérations cervicales, et ils ont conclu à une action cicatrisante directe du remède sur ces lésions anatomo-pathologiques.

Sans nier le pouvoir kérato-plastique du Thigénol si actif dans le traitement des ulcères variqueux atones (7), nous pensons que, dans les cas d'ulcération cervicale, c'est plutôt en supprimant la leucorrhée que les ovules suppriment les lésions irritatives du col. Les ulcérations, en effet, ne sont-elles pas dues, ou tout au moins entretenues par le passage répété des pertes leucorrhéïques ?

En tout cas, nous pouvons affirmer que, dans la métrite catarrhale chronique, l'oléo-sulfate de sodium exerce des effets curatifs de première importance.

Et dans la plupart des cas de métrite douloureuse chronique, sauf les exceptions citées tout à l'heure, le praticien ne trouvera pas mieux, à notre avis, pour obtenir en quelques jours la sédation des souffrances lombaires et hypogastriques. Ce fait encore a été signalé par tous les observateurs, à tous il a paru constant. Mais aucun n'avait encore spécifié son action dans la métrite douloureuse chronique. Ayant apprécié ses effets analgésiques sur les affections utérines et annexielles, ils avaient pensé que cette action était la conséquence très probable des effets décongestifs eux-mêmes. L'organe étant moins enflammé devenait moins douloureux. Mais aujourd'hui, nous prétendons, de par nos observations particulières sur l'affection qui nous occupe, que le thigénol possède certainement un pouvoir analgésique direct. Il éloigne, en effet, les souffrances même très vives, avant d'avoir eu le temps de dégorger suffisam-

(1) *Thèse de Paris*, 1903.
(2) La *Presse Médicale* n° 16, 1905.
(3) *Thèse de Paris*, 1905.
(4) *Gaz. des Hôp.*, n° 123, 1904.
(5) *Presse Médicale*, n° 21, 1906.
(6) *Journal de Médecine Interne*, n° 5, 1906.
(7) Voir Wassilieff, *loc. cit.* et le *Concours Médical*, n° 46, 1906.

ment les vaisseaux pelviens. Plus tard, quand ce résultat aura été largement obtenu, l'analgésie deviendra définitive ou tout au moins très prolongée.

En résumé, et quelles que soient les interprétations que l'on veuille donner à l'action thérapeutique des ovules thigénolés, ce qui intéresse le praticien, c'est qu'on puisse lui dire, lui affirmer que ce remède, employé chaque soir, efface en quelques jours les souffrances intenses de la métrite douloureuse chronique, et en 6 à 8 semaines les leucorrhées si abondantes de la métrite catarrhale. En aucun cas, dans nos observations, le thigénol ne s'est montré toxique.

Dr B. Choman.

Quelques indications générales dans la grippe.

Dans les divers états infectieux, le médecin se trouve toujours en présence d'une double indication thérapeutique à remplir : 1° entraver autant qu'il lui est possible, l'élaboration et l'absorption des toxines : 2° balayer l'organisme de tous les produits nuisibles, usés ou toxiques.

Dans la grippe, en particulier, maladie qui va devenir saisonnière, cette pratique est de rigueur et s'impose absolument.

Pour remplir la première indication, on pouvait songer au calomel qui, de prime abord, apparaît comme l'antiseptique de l'intestin : mais, le calomel, comme purgatif, ne peut toujours être employé et il a, de plus, le grand inconvénient d'entraver d'autres médications non moins nécessaires par son antagonisme avec nombre de médicaments.

Il faut, de préférence, recourir à un purgatif anodin qui ne risque pas, surtout dans les formes abdominales, d'irriter un intestin atteint déjà et douloureux. Or nul moyen ne paraît supérieur à l'eau minérale purgative de Condal : on sait que sa minéralisation presque exclusive au sulfate de soude la fait accepter volontiers des malades et que, d'autre part, elle ne contient pas ces doses excessives de sels qui peuvent faire dépasser le but.

Au début de la maladie, un verre ou deux d'eau de Condal, plus tard un verre à Bordeaux, renouvelé autant qu'il sera nécessaire, et, au besoin tous les matins, débarrasseront l'intestin d'une manière absolument satisfaisante.

Mais ce n'est pas tout que d'évacuer les toxines de l'intestin, il faut encore entraver leur production. On a, avec raison, renoncé à peu près complètement à l'emploi des produits successivement proposés pour assurer l'antisepsie de l'intestin ; c'est au régime que, maintenant, on s'adresse : on demande aux aliments de ne pas apporter de toxines nouvelles, de ne pas constituer un milieu de culture favorable.

On a conseillé le régime lacté, qui est bon, sans doute, mais qui est inférieur, pour les débuts tout au moins, à la diète hydrique, dont certains praticiens ont retiré les meilleurs effets. La situation est sensiblement la même que dans les gastro-entérites des enfants, et il est tout naturel qu'on ait pensé au régime qui, pour ces dernières affections, a donné de si excellents résultats ; on administre aux malades atteints de grippe l'eau de la Reine de Vals qui, aux avantages de la diète hydrique, joint ceux de la médication alcaline légère.

Il est inutile de rappeler avec quel plaisir les malades acceptent l'eau de la Reine : disons seulement que, grâce à son usage, l'état de la bouche, si caractéristique dans la grippe, est rapidement modifié — ce qui assure au malade un soulagement immédiat — ; que bientôt le milieu intestinal, qui avait perdu sa réaction alcaline normale est non moins heureusement influencé et redevient apte à la digestion du lait qui peut alors être avantageusement conseillé ; qu'enfin, après absorption, l'eau de la Reine détermine un véritable lavage du sang, en même temps que son action diurétique assure l'évacuation rapide de toutes les substances toxiques qu'il renfermait,

L'eau de la Reine de Vals se donne pure au début ; plus tard on l'additionne de lait dans des proportions croissantes à mesure que l'état du malade s'améliore, et on passe ainsi, sans brusque transition, de la diète à une alimentation suffisante.

L'eau de Condal vide l'intestin ; l'eau de la Reine entrave les fermentations microbiennes, dissout et entraîne les matière usées du sang — les indications que nous rappellions plus haut se trouvent donc parfaitement remplies et les médications particulières nécessitées par les symptômes de localisation ou de complication morbide ne sont aucunement entravées.

Un troisième facteur important du traitement de la grippe est certainement l'oxygène : rien de plus mauvais que ces atmosphères confinées dans lesquelles on emprisonne des malades chez lesquels sont entravés les phénomènes d'hématose. On aérera largement les chambres et, plus tard, pour combattre ces séquelles qui se cantonnent sur l'arbre bronchique, on conseillera le changement d'air, le séjour loin des villes, surtout en climat plus doux, lorsque la chose sera possible.

Dans tous les cas, on s'efforcera de suractiver le mouvement fonctionnel languissant, et l'un des moyens les plus rationnels consistera dans l'emploi méthodique et suffisamment prolongé de la source Vieille d'Eaux Bonnes, à petites doses matinales — l'expérience faite a donné les meilleurs résultats — ce qui n'empêchera pas davantage de recourir aux autres médications qui peuvent réclamer des indications spéciales.

Nous avons cru qu'il était bon de rappeler ces données à l'heure présente, dans un journal comme celui-ci, où les faits d'expérience éclairée doivent toujours prendre le pas sur les médications hasardeuses dont la vogue n'est souvent justifiée que par une mode passagère.

C. M.

CHIRURGIE PRATIQUE

Les ruptures traumatiques de l'urèthre.

Si l'on ne tient pas compte des ruptures péniennes assez rares et dues à des traumatismes spéciaux (rupture de la corde, choc direct sur la verge en érection, etc.), ce sont les ruptures périnéales que l'on rencontre couramment dans la pratique. Les coups portés sur le périnée ; les chutes à califourchon sur le périnée ; cavaliers projetés sur le panneau de leur selle ; marins tombant à cheval sur une vergue ; charpentiers

et cultivateurs faisant une chute sur une poutre, une branche d'arbre, le bord d'une cuve ; bicyclistes projetés en avant sur le bec de leur selle, etc., sont les causes productrices les plus ordinaires de la rupture de l'urèthre. Les fractures du bassin, quelquefois une simple contusion du bassin ou la disjonction de la symphyse pubienne amènent une rupture de l'urèthre, qui occupe en pareille occurrence la région membraneuse. Thomson cite même un cas de rupture de l'urèthre après une chute sur les pieds : « Un homme, dit-il, tombe de plusieurs mètres sur les pieds, les jambes fortement écartées, sans que le périnée eût porté. Il en était résulté les symptômes ordinaires d'une rupture de l'urèthre. »

Un de mes anciens maîtres de la marine, Cras (de Brest) qui a fait une des meilleures études sur les ruptures de l'urèthre consécutives à un traumatisme, soutenait que c'était toujours la région bulbaire de l'urèthre qui était atteinte. La lésion était par conséquent extra-pelvienne et siégeait au dessous du ligament de Carcassonne. Ces résultats ont été confirmés par Terrillon. Les recherches d'autres expérimentateurs et en particulier de Guyon ont établi que, si la lésion bulbaire était la plus fréquente, on observait pourtant quelquefois une blessure de la région membraneuse. Laissant les exceptions de côté, en pratique, on peut considérer que dans les chutes sur le périnée c'est la région bulbaire qui est lésée. Dans les fractures du bassin et les plaies par empalement ou par instruments tranchants on pourra observer d'autres variétés plus graves de lésions.

Les expériences de Cras et de Terrillon ont établi que dans les chutes sur le périnée : 1° lorsque le corps vulnérant n'était pas très volumineux l'urèthre était déjeté latéralement soit à droite, soit à gauche, et venait se rompre sur l'arête tranchante de la branche descendante du pubis. 2° lorsque le corps vulnérant était volumineux, l'urèthre était pressé verticalement contre la partie inférieure de la face antérieure du pubis et venait s'y rompre. Je mentionne ici l'opinion de Poncet et d'Ollier, qui soutiennent que, lorsque la lésion porte sur la région membraneuse, l'urèthre vient se couper au niveau de sa paroi supérieure sur l'arête tranchante du ligament de Carcassonne. La clinique n'a pas ratifié ce fait expérimental avancé par les chirurgiens lyonnais.

Anatomiquement on distingue : 1° la rupture interstitielle ; 2° la rupture de la muqueuse et du tissu sous-jacent ; 3° la rupture totale, dans laquelle toutes les tuniques uréthrales sont divisées, rupture qui peut occuper une partie ou toute la circonférence de l'urèthre. Que la totalité de l'urèthre soit rompue, ou une de ses parties seulement, le résultat est le même, la partie rompue se recroquevillant et bouchant la lumière du canal. A ces trois degrés correspondent trois types cliniques assez distincts et donnant lieu chacun à des indications thérapeutiques spéciales. Ces degrés sont un peu schématiques et présentent eux-mêmes des variétés en rapport avec la violence de la cause vulnérante. Quoiqu'il en soit, on peut cliniquement distinguer des cas légers, moyens et graves.

Les cas légers sont assez fréquents : ils nous échappent souvent, les blessés ne venant pas trouver le chirurgien. Le type est celui du bicycliste projeté sur le bec de sa selle ; une douleur assez vive, quelques gouttes de sang émises par le méat, quelques troubles de la miction durant trois ou quatre jours constituent toute la symptomatologie. Rien à faire en pareille occurence que d'attendre les évènements et de conseiller le repos. Les faits de rupture interstitielle rentrent également dans les cas du 1er degré. L'hématome intra-pariétal peut obturer la lumière du canal et amener la rétention d'urine. Ecchymose périnéale sans tumeur — pas d'uréthrorragie — rétention d'urine avec épreintes pénibles sont les principaux symptômes. Ne pas se presser et commencer par la ponction hypogastrique. Le lendemain le blessé urine quelquefois seul. Si la ponction ne suffit pas, faire le cathétérisme. C'est en pareil cas une opération délicate et qu'il faut conduire avec toute la douceur et toute la prudence nécessaire pour ne pas rompre la paroi uréthrale au niveau de l'hématome et d'une lésion bénigne faire une lésion grave. Se servir d'une sonde en caoutchouc rouge de Nélaton n°16 ou 17 ; être rigoureusement aseptique, se guider sur la paroi supérieure du canal en général intacte ; s'arrêter au moindre obstacle, telles sont les règles à observer. Une fois la sonde dans la vessie, la fixer et la laisser à demeure pendant quatre ou cinq jours. Au bout de ce temps, la retirer, si la rétention se reproduit, la replacer encore pendant quelques jours. Surveiller les suites et si les symptômes de rétrécissement se produisent calibrer l'urèthre par quelques séances de Béniqué.

Dans les cas moyens où l'on trouve comme symptômes: 1° une douleur vive pouvant aller jusqu'à la syncope au moment de la chute ; 2° un écoulement sanguin immédiat, spontané, augmenté par la miction ; 3° de la rétention incomplète, avec miction difficile, douloureuse, avec des spasmes, le rôle du chirurgien est expectatif. Applications froides sur le périnée, hémostatiques à l'intérieur, repos, sont les moyens à employer. S'il survient de la rétention d'urine, essayer un cathétérisme très prudent en se guidant sur la paroi supérieure de l'urèthre et si l'on réussit à introduire la sonde dans la vessie la laisser à demeure quelques jours. La nécessité de surveiller l'apparition d'un rétrécissement cicatriciel et de calibrer l'urèthre est plus urgente que dans les cas légers. Dans ces cas moyens on assiste souvent à la production d'un abcès périnéal qu'il faut évidemment inciser.

Uréthrorragie abondante, rétention complète d'urine et tumeur périnéale sont les trois grands symptômes, qui caractérisent les cas graves. Que faut-il faire ? Pisser ou périr, tel est le dilemne qui se pose pour le blessé. Il n'y a pas à hésiter : il faut ouvrir le périnée et tâcher de placer une sonde à demeure dans la vessie. Si l'on attend le malade pissera dans son périnée et on verra évoluer toute la série des accidents infectieux dus à l'infiltration d'urine Il faut opérer et opérer vite. Comme dans la hernie étranglée ce n'est pas dans l'opération, mais dans le degré d'infection, que réside la gravité de la situation. J'ai opéré un homme robuste de 60 ans, 48 heures après son accident. L'urèthre avait été sectionné sur toute sa circonférence et la recherche du bout postérieur fut particulièrement pénible. Néanmoins je pus placer une sonde dans la vessie. Quatre jours après, sans qu'il y ait rien eu localement, cet homme mourrait de broncho-pneumonie infectieuse.

Il est inutile de faire le cathétérisme, qui ne peut qu'aggraver les lésions uréthrales, augmenmenter la déchirure et dilacérer davantage les lèvres de la plaie uréthrale. Et cependant presque toujours le premier médecin appelé cherche à introduire une sonde et cela toujours sans succès. Dans les cas de rupture du 3e degré, le cathétérisme est à proscrire d'une façon absolue; si on ne peut intervenir de suite la seule chose à faire est la ponction hypogastrique.

Si l'on peut réunir le nombre d'aides suffisant et le matériel nécessaire, procéder de suite à l'uréthrotomie externe. L'instrumentation utile est restreinte : 6 pinces hémostatiques, bistouri, ciseaux, aiguille de Reverdin, écarteurs, cathéteret une sonde en caoutchouc rouge. Un porte-jambes est très utile et permet de supprimer un aide. A la campagne il est facile d'en improviser un en plaçant sous les jambes fléchies et relevées sur le ventre un manche à balai aux deux extrémités duquel est attaché un drap qui passe en anse sous la nuque du blessé.

L'anesthésie est utile ; il m'est arrivé souvent de m'en passer quand je me trouvais seul. L'opération est en somme peu douloureuse.

Le blessé, placé sur le bord du lit ou à l'extrémité d'une table, dans la position de la taille, les jambes relevées, fléchies et soutenues par deux aides, ou par un porte-jambes, la région périnéale est désinfectée. Un cathéter, introduit dans la portion pénienne jusque sur le siège présumé de la rupture est confié à l'aide qui doit le maintenir exactement sur la ligne médiane et le faire bomber sur le périnée. Incision sur le raphé médian depuis la racine des bourses jusqu'à un bon travers de doigt de l'anus, sur la tumeur périnéale. La peau et les tissus sous-jacents divisés d'un seul coup de bistouri on tombe sur une poche remplie de caillots sanguins. L'incision médiane peut être faite hardiment, rien n'est à craindre ; les vaisseaux et nerfs honteux se trouvent sur les parties latérales, entre les deux feuillets de l'aponévrose moyenne et longent les branches ischio-pubiennes. Quant à l'artère transverse du bulbe, sa blessure n'est pas à craindre non plus. L'épaisseur des tissus à traverser est d'un bon centimètre. Les caillots évacués, on va reconnaître du bout de l'index gauche le bec du cathéter en général libre dans la profondeur.

Le cathéter est alors remplacé par une sonde en caoutchouc rouge dont on fait sortir l'extrémité par la plaie périnéale. On nettoie la plaie, on la débarrasse de tous les caillots qui l'obstruent et on procède à la recherche du bout postérieur de l'urèthre, recherche qui constitue la partie délicate de l'opération. Lorsque la paroi supérieure de l'urèthre est intacte, appuyer contre elle la pulpe de l'index gauche, retirer doucement et faire glisser la sonde sur le doigt. Ou bien appuyer sur la région hypogastrique et tâcher de faire sourdre quelques gouttes d'urine par le bout vésical, enfoncer alors la sonde dans l'orifice. Un bon moyen ,qui m'a réussi bien souvent est le suivant. Prendre une seringue chargée d'eau boriquée et en diriger le jet sur la partie postérieure de la plaie ; puis regarder attentivement ; on verra un point plus sombre ou le liquide paraîtra aspiré, c'est le bout postérieur. Ou bien encore, prendre une pince courbe et, sur le doigt, au contact de l'orifice antérieur, essayer de faire le cathétérisme de l'urèthre, puis écarter les mors de la pince et glisser entre eux le bout de la sonde. La recherche avec une sonde cannelée, un stylet, peut-être aussi employée. En général après quelques tâtonnements, en variant les moyens, on arrive à découvrir le bout postérieur et à introduire la sonde dans la vessie.

Mais il arrive quelquefois, surtout lorsque l'urèthre est complètement divisé, que le bout postérieur se recroqueville dans les tissus et devient introuvable. On peut alors prolonger l'incision en arrière, faire des débridements latéraux, aller découvrir le bec de la prostate, ouvrir l'urèthre en avant et faire un cathétérisme d'arrière en avant prostato-uréthral. En dernier lieu, il reste la ressource de la boutonnière hypogastrique et du cathétérisme rétrograde avec drain allant de l'hypogastre à travers l'urèthre antérieur jusque dans un récipient suivant la pratique de Tillaux. Enfin, on peut se contenter de la boutonnière périnéale et remettre aux jours suivants l'introduction de la sonde. Dans ce cas, laisser le blessé uriner par son périnée pendant six à huit jours ; puis lorsque la plaie se sera détergée, procéder de nouveau à la recherche du bout postérieur en engageant le malade à faire des efforts pour pisser. La plaie est plus nette et on voit l'urine sourdre en un point ; on y engagera le bout de la sonde que l'on a préalablement passé par l'urèthre antérieur et on la fixera à demeure. Cette pratique est bien préférable au cathétérisme rétrograde ou à la dissection de l'urèthre comme l'avait proposé Demarquay.

Il arrive quelquefois que, dans la recherche du bout postérieur, on introduise directement la sonde par la plaie périnéale sans l'avoir fait passer par la verge. Une fois qu'elle est dans la vessie, rien n'est plus facile que d'engager son extrémité dans le segment antérieur de l'urèthre avec une bougie conductrice à laquelle est fixé un fil solide que l'on noue sur la sonde.

Lorsque les bords de la plaie uréthrale sont nets, on peut essayer la suture uréthrale au catgut. Même si elle échoue, cette suture aura eu l'avantage de limiter la hauteur du rétrécissement futur. Il en est de même de ln plaie périnéale. Dans certains cas très récents la plaie est nette, les tissus ne sont pas encore infectés par l'urine, on peut suturer. Ces cas sont rares et même lorsqu'on aura suturé, on verra l'urine filtrer à travers la plaie.

Lorsque les tissus sont trop infectés, laisser la plaie largement ouverte et la tamponner avec de la gaze iodoformée. La cicatrisation met environ un mois à se faire ; il reste très souvent une fistulette qui se ferme d'elle-même dès que l'on a calibré l'urèthre.

Laisser la sonde en place de cinq à huit jours, puis l'enlever et, quelques jours après, faire des séances de dilatation avec les bougies Béniqué, que l'on poussera jusqu'au n° 48. Lorsque l'urèthre a son calibre normal, espacer progressivement les séances de dilatation, d'abord tous les 15 jours, puis tous les mois, puis deux fois par an. Plusieurs de mes opérés viennent se faire faire régulièrement une séance de dilatation deux fois par an et évitent ainsi la rétraction de leur cicatrice. De grandes différences existent à ce point de vue chez les blessés ; les uns conservent un urèthre souple et facilement dilatable ; les autres ont un rétrécissement récidivant rapide-

ment et nécessitant une dilatation soutenue et longtemps prolongée.

Il est certain que si par un procédé quelconque, on pouvait éviter la production d'un rétrécissement cicatriciel, on réaliserait un grand progrès dans la cure des ruptures traumatiques graves de l'urèthre. La suture de l'urèthre, lorsqu'elle est possible, est un premier pas fait dans cette voie. Dans la séance du 15 octobre 1906 de la Société de chirurgie, Legueu fit une communication sur un procédé qu'il a déjà mis en pratique souvent depuis quelques années et qui lui a donné les meilleurs résultats. Dans un premier temps il suture à la peau du périnée les deux bouts de l'urèthre rompu. Puis au bout de quelques semaines lorsque la cicatrisation des deux bouts est parfaite, il fait une autoplastie de l'urèthre avec deux lambeaux cutanés. L'urèthre ainsi reconstitué avec de la peau est large et souple.

Quel est l'avenir des blessés qui ont été atteints d'une rupture traumatique de l'urèthre ? Les cas légers guérissent en général sans reliquats ; souvent ils échappent au chirurgien. Les cas moyens, surtout si une thérapeutique maladroite intervient, ont quelquefois des suites éloignées plus graves. Assez fréquemment, un rétrécissement cicatriciel se développe et expose le sujet atteint à tous les ennuis de cette affection. Les cas graves donnent un droit absolu à la production d'un rétrécissement cicatriciel.

Le rétrécissement cicatriciel affecte les caractères suivants : 1° il est unique et précoce ; 2° il siège à la région bulbaire, exceptionnellement à la région membraneuse (fracture du bassin) ; 3° il est très étroit et devient rapidement infranchissable ; 4° une fois dilaté il récidive facilement.

Une grande inégalité se remarque entre les rétrécis traumatiques. Tel blessé, après s'être soumis à des dilatations régulières pendant les premières années, cesse tout traitement et reste de nombreuses années sans récidive ; tel autre, s'il néglige de se soumettre à des dilatations régulières et constantes, voit survenir rapidement de la rétention d'urine ; bien peu échappent tôt ou tard à la récidive.

Comme on le voit par ce résumé, à l'exception des cas légers, la rupture traumatique de l'urèthre est un accident grave et par ses suites immédiates et par ses résultats éloignés. On ne saurait apporter trop de soins à en diminuer la gravité.

Quelle réduction fait subir dans sa capacité de travail à un ouvrier une rupture traumatique de l'urèthre ? Il est nécessaire de distinguer les cas qui guérissent sans rétrécissement traumatique de ceux qui s'accompagnent de cette lésion. Lorsqu'une rupture de l'urèthre guérit sans rétrécissement il n'y a qu'une incapacité temporaire qui varie de huit jours à six semaines.

Lorsqu'au contraire il y a rétrécissement cicatriciel on se trouve en présence d'une blessure guérie ou suivant l'expression juridique consolidée avec infirmité permanente et durable. Pour arriver à une estimation juste du dommage causé il faut tenir compte : 1° des soins longs et coûteux auxquels le blessé sera obligé de se soumettre : cathétérismes, séances répétées de dilatation, uréthrotomies et ponctions hypogastriques possibles, etc., 2° des périodes de chômage forcé que ces soins nécessiteront. Le Dr Rohmer a admis le chiffre de 16 pour 100 ; un tribunal a admis le chiffre de 40 pour 100. Je crois qu'il est raisonnable d'admettre suivant les cas un chiffre variant du 15 au 30 pour 100.

Dr J. Tissot.
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chambéry.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.

Suppurations d'oreilles et assurances sur la vie.

Lorsqu'on examine la façon dont les Compagnies d'assurance sur la vie se comportent vis-à-vis des candidats affectés de suppuration d'oreille, on est surpris de ne rencontrer dans leur conduite au sujet de lésions que les progrès de l'otologie ont cependant éclairé d'un jour nouveau, qu'incertitude, variations, contradictions même.

Jadis, les Compagnies faisaient si peu de cas des suppurations auriculaires qu'elles n'en tenaient aucun compte dans les examens d'admission : leurs médecins eux-mêmes les considéraient sans doute comme un exutoire utile, sinon nécessaire, à la santé du proposant ; avoir une otite suppurée était pour un strumeux plus qu'une bonne note, c'était un brevet de longue vie.

Aujourd'hui, presque toutes les Compagnies, sinon toutes, instruites sans doute par l'expérience du danger que présente pour l'encéphale le voisinage d'une caisse infectée (méningite, phlébite des tissus, abcès cérébral ou cérébelleux, pyohémie, etc.), refusent impitoyablement et sans autre examen tout candidat qui se déclare atteint d'un écoulement d'oreille.

Or, par un illogisme *difficile à expliquer, tandis* qu'elles accordent à ce symptôme une importance capitale pour l'évaluation des risques vitaux, ainsi qu'en témoigne ce refus systématique, elles négligent d'en faire rechercher l'existence chez les proposants qui ne l'accusent pas spontanément, c'est-à-dire de faire examiner méthodiquement l'organe à l'intégrité duquel elles attachent tant de prix. J'ai sous les yeux les formulaires de plusieurs Compagnies d'assurance sur la vie, et je cherche, parmi les questions auxquelles le médecin examinateur doit répondre dans son rapport, celles qui concernent l'oreille et j'y trouve, dans les uns, une formule vague et banale, aussi peu précise que celle-ci : « *Remarquez-vous ou soupçonnez-vous quelque grave altération de l'ouïe ? de l'otorrhée ?* » dans les autres, l'absence de toute question concernant l'oreille : on se fie alors à la mémoire ou au bon vouloir du candidat pour déclarer spontanément qu'il a eu jadis ou qu'il a encore de temps en temps un léger suintement par le conduit.

Or, s'il est vrai qu'un écoulement par le conduit soit le plus souvent l'indice d'une lésion de l'oreille moyenne, c'est-à-dire d'une lésion pouvant, à un moment donné, abréger l'existence, ce diagnostic approximatif, basé sur la notion d'un seul symptôme, est vraiment trop superficiel. En effet, nous savons aujourd'hui, d'une part, qu'un écoulement par le conduit n'est nullement pathognomonique d'une lésion de l'oreille moyenne : certains eczémas chroniques, certaines dermatoses du conduit, donnent lieu à un suintement continu, parfois fétide, sans aucune par-

ticipation de la caisse et sans la moindre menace pour l'existence ; d'autre part, qu'une infection chronique peut se perpétuer dans les cavités de l'oreille moyenne sans donner lieu à un écoulement sensible au dehors : de petites croûtes sèches, des amas épidermiques ramenés par le cure-oreille peuvent être pendant de longs mois les seuls signes extérieurs de l'affection ; et ces cas sans manifestations extérieures ne sont pas les moins graves.

Quoi qu'il en soit, en accordant une valeur pronostique si considérable à un symptôme qu'elles ont si longtemps tenu pour négligeable, les Compagnies ne sont-elles pas tombées d'un excès dans un autre ? Pour moi, il paraît non douteux qu'elles s'exagèrent les risques de mort attribuables aux suppurations d'oreille. Les statistiques nous apprennent que la mortalité par otite suppurée aiguë varie de 2,5 à 6 pour mille, celle par otite suppurée chronique oscille de 1 à 3 pour mille. Or, les statistiques les plus chargées sont les plus anciennes ou celles qui renferment les cas les plus anciens, d'où l'on peut inférer que ces affections sont mieux soignées aujourd'hui qu'autrefois ; d'où l'on peut mieux inférer que le chiffre de la mortalité s'abaissera encore dans l'avenir, les malades devant bénéficier des progrès de la chirurgie auriculaire et intracrânienne.

Le risque de mort existe, c'est indéniable, mais est relativement assez faible. Il est banal de voir des otitiques suppurer d'une façon interminable sans jamais présenter la moindre complication menaçante pour l'existence, et succomber à une affection sans rapport aucun avec leurs lésions auriculaires. Un confrère que je soigne depuis plusieurs années a été refusé il y a quinze ans par une Compagnie d'assurance sur la vie en raison d'une otite moyenne suppurée droite dont il est atteint depuis son enfance (otite enkystée de la moitié postérieure de la caisse) : il continue à se bien porter, avec de très grandes chances, à mon avis, d'échapper à toute complication, une zone protectrice d'ostéosclérose s'étant vraisemblablement formée autour du foyer. Par contre, un autre de mes malades, atteint depuis le jeune âge également, d'une suppuration bilatérale de l'oreille avec perforation de la membrane de Shrapnell, mais avec intégrité de la membrane tympanique, et conservation de l'ouïe eût été accepté il y a quelques années s'il n'y eût eu d'aures raisons majeures de le refuser : cependant il est en réalité deux fois plus exposé à des complications puisque l'affection atteint les deux oreilles.

Voyons donc quelle devrait être la conduite des Compagnies et celle des candidats.

Le devoir et l'intérêt bien entendu des Compagnies seraient de s'enquérir sérieusement de l'état des oreilles du proposant, soit que celui-ci les déclare intactes, soit qu'il les révèle malades. Sans doute, obligation est faite au candidat de déclarer toute maladie sur laquelle on ne l'a pas interrogé : mais il peut de bonne foi ignorer l'état de maladie de son oreille, avoir oublié qu'elle a jadis coulé, ne pas savoir que, depuis, elle n'a jamais était complètement sèche et qu'une infection y sommeille toujours prête à se réveiller. Donc :

1° Si rien n'attire l'attention du candidat ni du médecin examinateur sur les oreilles, la Compagnie a cependant intérêt à en prescrire l'exploration, de même qu'elle fait ausculter systématiquement les poumons et le cœur même si le proposant n'accuse ni toux ni oppression.

2° S'il y a un écoulement d'oreille, le médecin de la compagnie ne doit pas s'empresser de conclure, sans autre examen, à une infection de la caisse, ni rejeter celle-ci, après avoir constaté qu'une forte expiration par le nez faite par le malade dont les narines ont été préalablement obstruées ne s'accompagne pas de bruit de perforation, cette expérience dite de Valsava, n'ayant de valeur que si elle est positive.

Il faut encore ici faire un examen auriculaire pour s'assurer que le suintement n'est pas fourni uniquement par les parois du conduit atteint d'eczéma ou que la membrane du tympan est ou n'est pas perforée.

S'il y a réellement une infection de la caisse, le pronostic peut varier suivant l'étendue ou la localisation des lésions : un point d'ostéite de la paroi labyrinthique est plus grave, plus menaçante pour l'existence qu'une carie des osselets ; une suppuration de Shrapnell est plus sérieuse qu'une suppuration localisée à la partie inférieure de la caisse ; une lésion bilatérale expose deux fois plus la vie du candidat qu'une lésion unilatérale. Ce sont là autant d'éléments permettant de discuter les chances de survie et de mort dans chaque cas particulier. On conçoit qu'ici l'intervention d'un spécialiste compétent puisse devenir nécessaire. Munie de ces renseignements, la Compagnie serait à même de décider en connaissances de cause si elle doit refuser le candidat, l'admettre moyennant une surprime ou une prime calculée d'après un âge plus avancé ou bien encore l'accepter pour un temps limité ; dans ce dernier cas, elle se réserverait naturellement la faculté de faire subir au candidat une nouvelle visite s'il veut renouveler son assurance à l'expiration de son contrat. Une suppuration récente (otite aiguë ou subaiguë) ne doit naturellement provoquer qu'un ajournement temporaire.

Dans la décision à prendre vis-à-vis du candidat, il n'y a pas d'ailleurs à tenir compte que de l'état objectif de l'oreille, mais encore du milieu dans lequel évolue la lésion. Si le candidat appartient à la classe intelligente et aisée, s'il est au courant des soins hygiéniques utiles à son oreille et des complications auxquelles il est exposé, il y a de grandes chances pour qu'il consulte un auriste à la moindre alerte et qu'il échappe à tout accident. Aujourd'hui, d'ailleurs, la chirurgie intervient presque toujours à temps, pour prévenir les complications encéphaliques des otites ou pour les traiter et les guérir, quand elles sont déclarées.

Si le candidat est refusé, il ne doit pas se tenir pour battu. Il a la ressource de confier son oreille à un spécialiste qui parfois le guérira par un traitement relativement simple (ablation de granulations ou de polypes, extraction d'osselets, etc.) on le sollicitera de se soumettre à un évidement : une fois la cicatrisation obtenue, la Compagnie n'aura plus de raison de le refuser, quelle que soit la déformation de la région mastoïdienne consécutive à l'opération, car la suppuration sera alors tarie et toute chance de récidive supprimée.

De cette étude succincte, il semble se dégager la conclusion que les compagnies, dont la tendance moderne est d'élargir de plus en plus leur

rayon d'action, devraient actuellement se relâcher quelque peu de leur sévérité.

M. BOULAY,
Ancien interne des hôpitaux.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Comment les blessés sont libres de choisir leur médecin.

2 décembre 1906.

Mon cher confrère,

En qualité d'abonné au *Concours médical* que je lis toujours avec beaucoup d'intérêt, je me permets de vous demander un petit renseignement.

Je suis installé depuis un an dans un gros village où il y a plusieurs usines, dont deux principales.

Or, il se trouve que l'une de celles-ci a formé une société de secours mutuels à tarifs réduits à laquelle nous avons adhéré, mon confrère et moi, aussitôt sa formation qui date du mois de mai dernier.

Quant à l'autre usine, elle n'a qu'un médecin, mon confrère, qui touche un fixe du patron pour soigner ses ouvriers, de telle façon que je ne puis avoir accès dans cette usine ; les accidents même, pour lesquels, d'après la loi, l'ouvrier a le choix du médecin, vont tous à mon honorable confrère.

Or, je vous demande 1° si un médecin peut faire avec un usinier un contrat « à vie » s'engageant à soigner ses ouvriers ?

2° Comment il faudrait agir pour faire cesser l'état de choses actuel, tout au moins au point de vue accidents, car il y a manifestement une pression exercée sur les ouvriers de cette usine, puisque je n'en ai pas vu un seul depuis une année ?

Notre réponse.

Très honoré confrère,

Vous nous demandez : 1° « Si un médecin peut « faire avec un usinier un contrat à vie ». Puisque vous lisez régulièrement le *Concours* reportez-vous donc au n° 40 du *Concours* du 14 octobre 1906, page 743, 2° colonne et vous trouverez la réponse à votre question, vous y verrez que le contrat n'a aucune valeur et qu'il est immoral.

2° Question. Que faire pour faire cesser cela ? C'est assez difficile, mais il y a plusieurs choses à tenter :

Premier moyen. — Prenez le *Concours médical* du 2 décembre 1905, n° 48 à la page 772, lisez le paragraphe « nos rapports avec les sociétés de secours mutuels » et à la page 773 portez votre attention à la 12° ligne, vous y lirez : « Invitent le groupe parlementaire médical à déposer sur le bureau des chambres un projet de loi spécifiant que les sociétés philanthropiques, industrielles, etc., etc... *pourront avoir des médecins contrôleurs mais qu'il leur est interdit d'avoir un service médical pour le traitement de malades.*

Puis, chaque fois que vous verrez un conseiller municipal, un conseiller général, un député, un sénateur, vous lui direz « qu'il est contraire à l'ordre « public, contraire aux droits imprescriptibles et inaliénables inscrits dans la déclaration des droits de « l'homme de permettre qu'une personne soit moralement obligée par un patron de renoncer au droit « de choisir son médecin, pour prendre celui que lui « désigne son employeur ».

Dites leur que s'ils veulent déposer le projet de loi ci-dessus vous ferez campagne pour eux aux élections, et qu'en cas contraire vous ferez campagne pour le candidat qui inscrira cette réforme dans son programme.

Deuxième moyen. — Puisque vous n'êtes que deux médecins dans votre région, parcourez la brochure « *les Lacunes de la loi* » puis allez faire une visite à votre confrère. Dites-lui que vous auriez avantage tous les deux à refuser toute entente avec les patrons qui vous mettent en concurrence pour vous exploiter et s'enrichir en vous faisant travailler comme deux ouvriers à un taux de famine. Refusez de soigner les malades au-dessous du tarif ouvrier de la région, et réclamez aux usiniers des honoraires au taux du tarif ouvrier ministériel. Puis faites vous incrire au « Sou médical » et si les usiniers vous cherchent des querelles d'allemand nous vous défendrons probablement avec succès.

Troisième moyen.— Si l'entente du *côté médical est impossible*, alors *tournez-vous du côté ouvrier*. Prenez le *Concours médical*, n° 16 du 22 avril 1906, vous trouverez à la page 287 le programme d'une conférence aux ouvriers. Grâce aux indications qui y sont contenues, vous pourrez préparer cette conférence en 2 heures de travail. Répétez-la deux ou trois fois dans l'hiver. Quand les ouvriers seront bien instruits de leurs droits, il est probable qu'ils n'écouteront plus le patron qui veut les envoyer chez votre confrère, ils viendront chez vous, vous y gagnerez des clients, des amis, et même des électeurs qui voteront pour le candidat que vous leur désignerez et qui inscrira dans son programme (parce qu'il aura peur de vous et des voix dont vous disposez) le libre choix du médecin par les malades et la suppression du droit pour les patrons d'avoir des médecins désignés par eux pour soigner ses ouvriers... *j'allais dire ses serfs.*

A cet usinier écrivez la lettre suivante :

Monsieur,

J'ai appris que M. , un de mes clients depuis ans, a été blessé pendant qu'il travaillait sous vos ordres, et que vous lui auriez donné un bulletin pour aller se faire soigner par M. le Dr X... Il n'est pas douteux qu'en agissant ainsi vous m'ayez causé un préjudice en détournant de mon cabinet une personne qui a l'habitude de m'appeler chaque fois qu'elle a besoin d'un médecin.

Je n'ignore pas non plus que vous n'êtes pas entièrement responsable de cette façon d'agir et que la Compagnie d'assurances, qui vous couvre, vous a probablement engagé à violer la loi qui laisse au blessé son entière indépendance pour le choix de son médecin. Je veux seulement vous faire remarquer que la Compagnie qui vous donne ces conseils ne court aucun des risques auxquels elle vous expose si vous l'écoutez.

En faisant comprendre à vos ouvriers que s'ils ne vont pas chez le médecin que vous leur désignez, ils vont perdre votre sympathie et peut être la place qui les fait vivre, vous exercez sur eux une violence morale pour les empêcher d'user d'un droit que la loi leur accorde parce qu'elle l'a reconnu nécessaire.

Supposez qu'un jour ce grief, joint à d'autres, pousse vos ouvriers à la grève : comment pourrez-vous reprocher à vos ouvriers d'avoir, eux aussi, des procédés violents, vous qui aurez exercé contre eux une violence morale bien plus blâmable encore, puisqu'elle est illégale, quelle que soit l'habileté que vous ayez employée pour masquer la violation de la loi commise par vous.

Voyez combien votre situation morale sera peu solide en face de l'opinion publique et des pouvoirs publics auxquels je suis obligé, pour la défense de mes intérêts, de signaler votre conduite envers vos ouvriers blessés.

Si les médecins de votre région, justement indignés de votre manière d'agir qui lèse leurs intérêts, donnaient leur appui moral et pécuniaire à la grève, leur désapprobation en rappelant votre conduite vis-à-vis des blessés, vous ne pourriez pas vous plaindre et l'opinion publique ainsi que les pouvoirs publics ne pourraient vous défendre.

Que penseriez-vous de moi, si par un esprit de représailles qui n'est pas le mien, j'attirais spécialement sur votre atelier l'attention de nos élus politiques et de M. l'Inspecteur du travail en les priant de se montrer vis-à-vis de vous d'une excessive sévérité pour toutes les infractions que l'on commet fatalement envers les règlements d'hygiène ?

Vous ne seriez pas satisfait non plus si j'allais insister auprès de vos clients pour qu'ils prennent un autre fournisseur que vous, et cependant je ne ferais qu'imiter votre exemple puisque vous-même vous détournez de mon cabinet les ouvriers qui m'ont accordé leur confiance.

J'espère Monsieur, qu'il me suffira de vous signaler cette irrégularité pour que vous vouliez bien, à l'avenir,laisser, sans leur tenir rigueur,vos ouvriers entièrement libres dans le choix de leur médecin lorsqu'ils auront été blessés à votre service.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Au médecin qui se fait l'employé de l'usinier, écrivez la lettre suivante :

« Très honoré confrère,

J'ai comme client depuis ans, M. demeurant à , qui a été blessé dernièrement, pendant qu'il travaillait pour le compte de son patron. J'ai appris que vous l'aviez soigné à la suite de cet accident. J'ai été fort surpris d'apprendre que vous étiez allé ainsi visiter et soigner un de mes clients sans avoir été appelé par lui. Sans aucun doute, si vous n'étiez pas intervenu, M. m'aurait fait appeler pour son accident comme il me fait appeler chaque fois que dans sa famille il a besoin d'un médecin.

Je sais bien que vous allez me dire que vous êtes allé chez lui parce que son patron ou la Cie vous a envoyé un bulletin pour vous prier d'aller visiter son employé blessé, mais le patron ou la Cie n'a aucun droit pour envoyer un médecin chez une tierce personne qui a, comme tout le monde, le droit de choisir ou de conserver le médecin qui lui plaît.

Que penseriez-vous de moi, Très Honoré Confrère si une personne me disait : « M. X..., un de mes amis, est malade, c'est M. le Dr , votre confrère, qui est son médecin habituel, mais ça ne fait rien, allez donc le soigner de ma part ».

Si, profitant de cette indication, j'allais visiter un de vos clients et que j'essaye ainsi de vous le détourner, vous ne manqueriez pas de me dire que ce procédé est incorrect et que je ne dois pas aller visiter un malade qui est notoirement votre client. Vous auriez raison de m'adresser ces reproches si j'avais agi de la sorte.

C'est cependant ce que vous avez fait en allant voir M, X... sous le prétexte que son patron vous a envoyé chez lui.

Je suis convaincu qu'il me suffira de vous avoir signalé cette irrégularité à laquelle vous n'avez certainement pas songé, pour qu'à l'avenir vous refusiez d'aller donner des soins à mes clients et cela aussi bien dans l'intérêt de nos bonnes relations que dans votre propre intérêt, afin de ne pas m'obliger à essayer de pénétrer, moi aussi, chez vos clients, sans y être appelé volontairement par eux.

Veuillez agréer, Très Honoré Confrère, l'expression de mes sentiments distingués. »

Avec un peu de persévérance vous convaincrez vos représentants élus, que nous finirons par faire la loi pour la suppression des services médicaux des usines tels qu'ils fonctionnent actuellement, et peut être avant cela vous arriverez à convaincre de la justesse de vos observations l'usinier et le médecin qui s'est fait son acolyte.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr A. Divernebesse.

BIBLIOGRAPHIE

Ce qui prouve la nécessité de la Réforme des études médicales aux yeux des maîtres eux-mêmes

Un livre utile aux praticiens.

L'Enseignement de Médecine subit de tous côtés à l'heure actuelle des assauts trop mérités. On lui reproche, et non sans raison, d'être incapable d'apprendre aux étudiants tout ce dont ils ont besoin pour aborder la pratique. Il semblerait donc, dans ces conditions, que la majorité des jeunes médecins sortis ces années dernières des bancs de la Faculté, dût avoir une instruction tout à fait insuffisante : comment apprendre avec une si mauvaise répartition des études, avec ces professeurs en congé éternel, avec ces services encombrés... etc.? Je ne veux pas refaire ici le procès de la Faculté ; mais comment dans ces conditions l'étudiant pourrait il arriver à rassembler la somme minima des connaissances indispensables à l'exercice de la clientèle ?

En dépit de ces circonstances défavorables, l'étudiant arrive pourtant à s'instruire, et si quelques fruits secs, après de nombreux échecs. parviennent à décrocher leur parchemin malgré une instruction insuffisante et ne craignent pas de compléter leurs connaissances médicales incomplètes aux dépens de la clientèle, il faut reconnaître que l'immense majorité arrive malgré tout à acquérir au cours des études ce minimum indispensable qui permet de répondre, sinon sans crainte, tout au moins avec honneur, aux demandes de la clientèle, sans porter préjudice à personne.

D'où cela peut-il provenir ? Comment, en dépit de l'insuffisance de l'enseignement, l'étudiant arrive-t-il à s'instruire ?

Les causes en sont multiples. Le désir d'apprendre est sans doute plus répandu que ne semble l'imaginer la majorité des réformateurs et en dépit de l'absence presque complète des sanctions, que certains réclament à grands cris, la majorité des étudiants fréquente les services hospitaliers et les travaux pratiques utiles.

Parmi d'autres causes d'importance secondaire, il en est une sur laquelle je voudrais attirer l'attention : les études sont devenues beaucoup plus faciles par suite de la transformation complète des livres d'enseignement médical.

Lorsque nous parcourons les livres de médecine qui datent d'une trentaine d'années, nous voyons que les auteurs y ont dépensé beaucoup de talent pour nous donner une description précise de ce qu'ils voulaient exposer. Certaines de ces descriptions sont restées classiques tellement leurs auteurs avaient su, avec des expressions imagées, avec des formules précises, tracer un tableau exact de la réalité. Mais le résultat de toutes ces descriptions a toujours été un texte compact plus ou moins facile à lire, demandant dans tous les cas un certain effort de l'esprit pour assimiler complètement la pensée de l'auteur. Aussi l'étudiant ne pouvait-il que difficilement se passer des cours qui grâce aux explications des professeurs, facilitaient beaucoup la compréhension des textes.

Aujourd'hui, heureusement pour les malades, l'étudiant peut presque se passer de cours, car sa tâche est bien simplifiée. Les livres qu'il a sous la main ont profité dans leur texte du meilleur des anciens auteurs et pour faire comprendre ce texte, les dessins, les schémas, les photographies sont répandues à profusion dans les livres. La médecine par son côté science, étant soutout une science d'observation, l'étudiant d'autrefois devait, à l'aide de son texte, se créer une image intellectuelle ; celui d'aujourd'hui trouve toute faite cette image, sous forme de figure que le texte vient ensuite préciser et l'effort cérébral de l'étudiant en

est diminué d'autant. Qu'on me permette un exemple : quelle description, si exacte fût-elle, pourrait remplacer les admirables planches d'obstétrique de Farabeuf ?

Parallèlement, les recherches bibliographiques sont devenues plus faciles. Aux tables, se sont ajoutés les index, les notes, les références qui ont mis l'étudiant à même de remplacer par des études personnelles pas trop ardues l'enseignement incomplet de la Faculté.

Restait encore un pas à franchir. Au milieu de tous les livres qui paraissent journellement il faut faire un choix ; le budget du praticien n'est pas inépuisable et le temps qu'il peut consacrer à l'étude est restreint. S'il lui faut chercher dans des ouvrages différents les divers éléments d'une même question, l'étudiant, surtout à ses débuts, perdra un temps précieux qu'il aurait pu employer plus utilement. Il y avait donc à faire un livre qui fut une sorte d'encyclopédie de la médecine pour l'étudiant et le médecin praticien, qui leur permit de trouver facilement et sûrement les renseignements dont ils peuvent avoir besoin.

Ce pas vient d'être franchi. Ce livre vient de paraître et c'est à ce véritable besoin du corps médical qu'ont répondu les professeurs Brissaud, Pinard et Reclus en entreprenant la rédaction de la *Pratique médico-chirurgicale* que publie aujourd'hui l'éditeur Masson.

Un tel livre ne pouvait évidemment être l'œuvre d'un seul. Outre que son programme est trop vaste pour permettre à quelqu'un, si érudit soit-il, de la connaître également dans les plus petits détails le temps nécessaire à sa rédaction eût été si long que, à peine fini, le commencement n'eut plus été au point. Aussi les auteurs de la P. M. C., tout en surveillant et en dirigeant les tendances et les idées générales de l'ouvrage, ont choisi parmi les agrégés, les prosecteurs, les chefs de clinique, les anciens internes, ceux qui par leurs études étaient le plus à même de traiter chaque sujet de sorte que l'ouvrage a pu être conduit rapidement à bonne fin.

Les auteurs n'ont rien oublié : Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Thérapeutique, Spécialités (yeux, nez, oreille, gorge, voies urinaires, art dentaire, électrothérapie), Hygiène, Médecine légale, Déontologie, etc., tout y est traité de main de maître par des spécialistes autorisés.

L'influence du professeur Brissaud s'y fait particulièrement sentir par le soin particulier avec lequel sont décrites les maladies nerveuses et mentales ainsi que leurs traitements, et la lecture de ces chapitres sera d'une grande utilité à plus d'un praticien. En outre, tout ce qui concerne la médecine légale, les aliénés, les accidents du travail, y est abordé, et à maintes reprises des exemples d'enquêtes, de certificats, de rapports y sont donnés, modèles qui seront utiles plus d'une fois à un débutant.

L'examen clinique, la symptomatologie, la séméiologie, le diagnostic et le traitement sont longuement exposés et tiennent une place prépondérante, comme il convient dans un ouvrage de pratique, mais on y a laissé place également aux idées théoriques dont on a conservé surtout ce qui était nécessaire à la compréhension des symptômes, à la pose du diagnostic et à la direction du traitement.

Enfin, pour en revenir à ce que je disais en commençant, le texte très limpide et de lecture agréable est encore éclairci par de très nombreuses figures. Les dessins, schémas ou photographies y sont reproduits avec une perfection qui fait honneur aux éditeurs.

Et maintenant, grâce à la *Pratique médico-chirurgicale*, l'étudiant, au retour de l'hôpital, trouvera sans recherches pénibles ce qu'il a besoin d'apprendre, il pourra lire la question qui l'intéresse avec des détails suffisants pour en avoir rapidement une vue d'ensemble. Le praticien jeune ou vieux, qui se sent quelquefois besoin d'un aide dans un cas embarrassant, y trouvera ce qu'il désire connaître exposé d'une façon pratique, c'est-à-dire qu'on ne le promènera pas à travers les diverses théories des différents chefs d'écoles, mais qu'au contraire on lui fournira tout de suite un moyen de se tirer d'embarras, aussi bien en ce qui concerne la médecine ou la chirurgie, que dans ce qui touche aux spécialités que tout médecin n'a pas eu le loisir d'étudier longuement.

Dans ces conditions, la *Pratique médico-chirurgicale* est donc appelée à devenir à bref délai le bréviaire du praticien. Elle dispensera, chose appréciable pour son maigre budget, le médecin des campagnes d'acheter successivement les divers ouvrages qui traitent des diverses branches de la Médecine. Grâce à la facilité des recherches, elle permettra à l'étudiant que nous sommes tous jusqu'à la fin de notre exercice, de se tenir au courant de toutes les nouveautés réellement pratiques. Et en présence d'un cas embarrassant, on se trouvera heureux d'avoir sous la main une encyclopédie médicale des connaissances pratiques pour se tirer d'affaires.

A cause de tous ces avantages, que l'on ne trouvait pas jusqu'ici réunis dans un même livre, il est hors de doute que le corps médical fasse à la *Pratique medico-chirurgicale* le succès qu'elle mérite.

Dr L. Gassot.

REPORTAGE MÉDICAL

L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques devant la Chambre des députés.— Au cours de la discussion du *budget* de *l'agriculture,* le docteur Cazeneuve, député de Lyon, a été amené, à propos de la répression des fraudes et de l'inspection des pharmacies, à parler de l'impôt projeté sur les spécialités pharmaceutiques.

Dans un excellent discours, il a montré combien cet impôt, qui lui paraît excessivement élevé, est critiquable. M. Cazeneuve pense qu'il serait plus juste d'imposer, non les eaux minérales ou les spécialités pharmaceutiques, mais toutes les marques de fabrique et de spécialisation déposées dans notre pays. On dépose une quantité innombrable de marques devenant la propriété de leurs auteurs. Qu'il s'agisse de produit alimentaires, de produits pharmaceutiques, de parfumerie ou de droguerie, qu'il s'agisse de produits agricoles d'origine spéciale, le dépôt d'une marque, sorte de pavillon qui couvre la marchandise, se pratique journellement.

«... La prise de ces marques de fabrique est intéressante pour nos fabricants français, aussi bien pour la consommation en France que pour la consommation à l'étranger ...,

«... Croyez-vous, dit l'orateur, que les spécialistes protégés par l'Etat, par vos grands services de la répression de la fraude ne sentent pas le devoir de payer une contribution ? Ce sont les marques de fabrique qu'il faut imposer. Pourquoi frapper les spécialités pharmaceutiques et pas les spécialités parfu-

merie ? Vous allez frapper le sulfate de quinine d'un droit énorme et voilà une misérable liqueur aux sels de plomb pour teindre les cheveux, qui intoxique le malheureux qui par naïveté veut colorer sa moustache pour se rajeunir de vingt-cinq ans, et vous ne frappez pas cette spécialité? (*Applaudissements.*)

« Frapper certaines spécialités est un tort ; nous pouvons frapper toutes les marques de fabrique puisque la nouvelle loi sur les fraudes que l'Etat va être chargé d'appliquer protège les spécialités et les marques de fabrique. (*Très bien ! très bien !*)

« Il y a là une étude à faire qui vous rapporterait des millions, monsieur le ministre, et qui ne soulèverait en France aucune protestation. Nous sommes aujourd'hui sous un régime démocratique, nous voulons que l'impôt pèse un peu sur les épaules de tout le monde et proportionnellement aux facultés de chacun.

«Les pharmaciens ne sont pas contents qu'on frappe leurs spécialités, si on ne frappe pas également la parfumerie et même l'épicerie. En frappant tous les produits déposés, l'impôt pourra être faible et passera inaperçu..,»

Le Conseil de Direction du Concours Médical, frappé de la sagesse des paroles de M. le Dr Gazeneuve *et redoutant la répercussion fatale du projet primitif sur le budget du malade*, s'est empressé de demander au Groupe médical parlementaire d'appuyer de ses cent voix et de tous ses efforts la proposition Cazeneuve

Un pays de cocagne pour les médecins. — Nos confrères d'Allemagne ont déjà l'impôt sur le revenu, un tarif officiel pour leurs honoraires ; ils sont médecins majors d'innombrables S. S. M., et Caisses très variées : toute la gamme. Mais il leur manquait l'Ordre des médecins : on vient de s'en préoccuper.

Le Collège municipal de Hambourg a adopté, à une faible majorité, une proposition présentée par le Sénat de cette ville, et relative à la création d'un Tribunal d'honneur auquel seraient soumis les fautes et manquements professionnels imputés à des médecins. Le Tribunal en question pourra condamner les délinquants à des amendes s'élevant jusqu'à 3.000 marks (3.750 fr.).

Nous serions curieux de voir fonctionner cette machine-là.

Les médecins et les accidents du travail à Lorient. — La Justice de paix a eu, ces jours derniers, à s'occuper d'une revendication d'un syndicat contre un autre syndicat. Voici les faits :

M. le docteur Augé avait été appelé à donner ses soins à deux ouvriers faisant partie de l'entreprise victime d'un accident du travail. M. Augé avait été demandé par les entrepreneurs eux-mêmes.

Le docteur, quand il fallut fixer les honoraires, se trouva en désacord avec le « Syndicat de Garantie de l'Union parisienne des entrepreneurs et industriels, syndicat aussi de garantie de l'entreprise et de l'industrie ». M. Augé demandait a être réglé au tarif syndical des médecins de Lorient. Le syndicat opposé le lui refusa et proposa d'appliquer le tarif Dubief, ce que, à son tour, le docteur refusa.

Le syndicat industriel crut devoir en appeler à la compétence du juge de paix en vue de faire accepter le tarif Dubief et valider les offres réelles faites par la compagnie.

Il s'agissait donc, en somme, de trancher une question de droit, question déjà ordonnancée par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 et modifiée par l'article 2 de la loi du 31 mars 1905. Cette clause dit : « La victime d'un accident du travail peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. » Or, ce n'était pas la victime qui, en l'espèce, avait demandé tel ou tel médecin, mais bien les chefs de l'entreprise.

En conséquence, le tarif Dubief ne semblait pas être applicable à M. le docteur Augé.

Ainsi d'ailleurs en a décidé le tribunal qui a débouté la compagnie demanderesse, en spécifiant que les soins médicaux avaient été sollicités par le patron ; que, par suite, le médecin devait être réglé d'après le tarif syndical des médecins de Lorient et non d'après le tarif Dubief, ce dernier n'étant applicable qu'au cas où le médecin a été choisi par la victime de l'accident.

Par le même jugement, le syndicat de garantie a été condamné a payer au docteur Augé les honoraires réclamés par lui, selon le tarif syndical des médecins de Lorient.

Deux autres jugements similaires ont été rendus en faveur de MM. les docteurs Duliscouet et Le Nadan.

(*Nouvelliste du Morbihan*, 18 novembre 1906.)

Le stage hospitalier des étudiants dans les hôpitaux de la Seine. — Le Conseil général de la Seine, après avoir entendu M. le Dr Marcel Durand d'une part et M. Mesureur de l'autre, vient d'adopter le vœu suivant qui entre bien dans le cadre des préoccupations de ceux qui veulent réformer nos études et prouve que le public profane apprécie les choses comme eux sans souci des décrets archaïques et étroits.

« Le Conseil général,

« Considérant les inconvénients qui résultent pour les malades de l'encombrement des services hospitaliers par un trop grand nombre d'étudiants stagiaires et bénévoles.

« Emet le vœu :

« Que l'art. 2 du décret du 20 novembre 1893, répartissant les stagiaires par groupe de vingt dans les services affectés à l'enseignement, soit rapporté;

« Que le nombre des services destinés à recevoir des stagiaires soit augmenté de façon que chaque service ne puisse recevoir plus de dix stagiaires.

« Signé : Marcel DURAND. »

Service médical des mutualités. — M. le Dr Dejace prie la Fédération de mettre à son ordre du jour l'étude de la suppression du service médical dans les mutualités.

De bons esprits ont pensé que l'avenir de la mutualité exige la suppression du service officiel avec liberté laissée aux membres. La commission permanente de la Mutualité en Belgique étudie actuellement la question.

(Adopté.)

Extrait de l'*Assemblée générale* du 29 novembre de la *Fédération médicale belge*.

Faculté et Hôpitaux.

M. Milian commencera, le lundi 7 janvier 1907 et les continuera les mercredis et vendredi à 2 h. 1/4, à l'Ecole pratique de la faculté, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique, au 2e étage, porte à droite, un cours d'histologie pathologique des maladies vénériennes et de la peau, qui comprendra 30 leçons et des manipulations qui permettront aux élèves de se créer une collection des principales lésions histologiques de la peau. Les auditeurs devront apporter leurs microscopes et réactifs.

Objet du cours. — Techniques histologiques spéciales. — Histologie de la peau normale, des annexes, des vaisseaux et des nerfs de la peau. — Anatomie pathologique générale de la peau. — Anatomie pathologique spéciale de la peau et de la syphilis. Le droit à verser est de 80 francs.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs RACANIÈRE, de Dions (Gard), et CADIER, de Paris, membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodique médicales.

Vingt-huitième année — N° 51 — 23 DÉCEMBRE 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Toujours les exploits des courtiers des Cies d'assurance.

Bien que nos avertissements multiples n'aient pas porté leurs fruits, nous ne nous lassons pas de les reproduire.

Voici encore trois confrères, qui ne lisent, sans doute, pas le *Concours*, bien qu'ils soient des nôtres, et qui se sont laissés prendre aux filets des agents des Compagnies d'assurance.

Il paraît qu'en Normandie, spécialement, ils n'ont pas été les seules dupes.

En 1905, le courtier trop zélé d'une Compagnie d'assurances mutuelles contre tous les risques et faisant notamment l'assurance des maîtres et patrons contre les accidents de leurs domestiques, parcourait l'arrondissement de Bernay. Pour attirer des clients à la Compagnie, et s'assurer les remises usuelles des primes de première année sur tous les nouveaux contrats, il s'adressa successivement à plusieurs médecins de la région, en *déclarant verbalement* à chacun que la Compagnie dont il était le représentant désirait leur confier le mandat de constater les accidents et les guérisons des blessés de la région, moyennant 5 francs par certificat. Il ne devait y avoir qu'un seul médecin de la Compagnie par région. Mais, pour se concilier les bonnes grâces de la Compagnie et être sûrement nommé, il fallait montrer qu'on s'intéressait à la Compagnie, et pour cela souscrire un contrat d'assurances-accidents. Trois médecins, à notre connaissance, se laissèrent allécher par ces belles promesses. Ils contractèrent une police d'assurance pour dix ans.

Ils furent bien investis des fonctions de médecin de la Compagnie, mais au lieu d'être chacun médecin unique, ils se sont trouvés trois pour la même région, et, en fait de blessés, depuis la souscription de leur police, ils n'en virent aucun, la Compagnie n'ayant peut être pas dans la contrée d'autres assurés que les médecins trop confiants, ou une divinité favorable protégeant tous ses assurés contre toute espèce d'accident.

La prime de première année fut versée par nos confrères entre les mains de l'agent, ou plutôt, celui-ci, qui disparut peu de temps après, laissa les quittances à recouvrer à son hôtelier, en paiement de ce qu'il lui devait. La seconde année, la Compagnie qui a nom « La Pacifique », et qui ignore systématiquement toutes les manœuvres de ses agents, réclame maintenant le paiement de la prime.

Nos confrères, pris au piège et liés pour dix ans, sans entrevoir la possibilité de recueillir le bénéfice qu'ils escomptaient, prétendent ne pas

se laisser tondre sans crier. Ils voudraient savoir s'il existe d'autres médecins victimes des mêmes agissements.

Le *Concours* ne peut que leur servir d'intermédiaire, en contant leur mésaventure.

Est il permis d'espérer que cet exemple portera ses fruits et que nos confrères sauront dorénavant éconduire comme il convient les courtiers d'assurances, dès les premiers mots du boniment plein de belles promesses qu'ils s'apprêteront à leur débiter?

Que nos lecteurs retiennent ceci et le redisent à tous leurs confrères : les belles promesses des agents n'engagent point les Compagnies, et il n'y a que les *écrits* qui comptent — et qui restent — quand il s'agit de s'exécuter.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'hémophilie

Sous le nom d'hémophilie on désigne une disposition spéciale aux hémorrhagies. Cette disposition est quelquefois acquise ; mais dans l'immense majorité des cas, l'hémophilie se présente sous la forme d'une maladie essentiellement héréditaire et familiale :

Elle se transmet non seulement du père au fils, mais encore du grand-père au petit-fils, pouvant sauter une génération. Elle est rare chez les filles, atteint presque exclusivement les garçons, mais se transmet par les femmes ; comme l'a remarqué Grandidier, « une femme, de famille hémophilique, même si elle n'est pas atteinte de la maladie, la transmet à ses enfants ; un homme de souche hémophilique ne transmet l'affection à ses descendants que s'il en est atteint lui-même».

Dans la moitié des cas, environ, la maladie n'est pas héréditaire, mais elle reste congénitale ; peut-être faut-il, dans ces cas, invoquer, avec Fritz, l'influence des émotions morales chez les ascendants.

C'est ordinairement dans les deux premières années de la vie qu'apparaissent les premiers symptômes hémophiliques ; après 22 ans, on en est presque toujours à l'abri.

Naturellement, chez un hémophilique, on doit, à tout prix, éviter les opérations chirurgicales, ainsi que les sangsues.

Quant au traitement, il se réduit à très peu de choses. « Hayem a remarqué que le sang d'un hémophile porté à une température voisine de 50° se coagule dans un délai normal : puisque le retard de la coagulation à la température normale est, suivant cet auteur, la lésion la plus caractéristique de l'hémophilie, il est logique de traiter les malades autant que l'on peut, par la *chaleur*, de leur conseiller le séjour dans les pays méridionaux, et même de les placer de temps en temps dans une étuve sèche à 50° ou 55°.

« On a essayé, pour traiter l'hémophilie, des diverses médications antihémorrhagiques. Reverdin a préconisé le sulfate de soude, à la dose de 0 gr. 10 centi gr. toutes les 2 heures : on a recommandé les boissons acidulées, dont on connaît l'action assez favorable dans les diverses affections hémorrhagipares ; ces médicaments doivent être employés surtout lorsque se produisent des hémorrhagies. Mais on peut se trouver bien de l'usage prolongé du chlorure de calcium (à la dose de 2 à 4 gr. par jour), ou de l'extrait desséché de foie de porc (en tablettes ou en poudre, à la dose de 5 à 10 gr. par jour). On sait que les sels de chaux sont nécessaires à la coagulation du sang, et l'on comprend ainsi l'heureuse action du chlorure de calcium. Quant à l'extrait de foie, son utilité se conçoit aisément si l'on se rappelle que plusieurs auteurs ont attribué l'hémophilie à un état d'insuffisance hépatique, et que, d'une manière générale, les hémorrhagies se produisent avec une remarquable facilité dans toutes les affections lésant la cellule hépatique. Le chlorure de calcium et l'extrait de foie sont donc deux médicaments recommandables chez ces hémophilies. »

« Lorsqu'une hémorrhagie se produit (externe ou interstitielle), on doit imposer au patient le repos absolu, au lit, et lui faire prendre une potion contenant du chlorure de calcium (4 gr. par jour). Si les hémorrhagies sont *très graves*, on a le droit de faire une injection de *chlorhydrate d'adrénaline* (un centimètre cube d'une solution au *dix-millième*) ; mais à la suite de la vaso-constriction très intense que provoque l'adrénaline, se produit une phase de vaso-dilatation favorisant le retour des hémorrhagies; aussi est-il bon de n'employer ce médicament qu'en cas d'urgence absolue et après l'échec des autres agents thérapeutiques.

« D'ailleurs, s'il s'agit d'une hémorrhagie externe, d'une épistaxis, d'une hémorrhagie cutanée consécutive à une blessure, c'est surtout à la *compression* que l'on doit avoir recours (tamponnement postérieur des fosses nasales). Dans ce cas, lorsque l'écoulement sanguin est difficile à arrêter, on a le droit de faire une application *locale*, soit de sérum gélatiné, soit plutôt d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline au dix-millième : l'application locale de l'adrénaline ne comporte pas le même danger que l'injection sous-cutanée, car, en cas d'hémorrhagie externe, on peut surveiller facilement la surface qui saigne et contre-balancer les inconvénients de la vaso-dilatation secondaire en faisant, pendant la phase de vaso-constriction, alors que l'hémorrhagie s'arrête, un tamponnement soigné des fosses nasales ou de la plaie cutanée. »

Le lactagol ou extrait de graines de cotonnier comme galactogène.

Le docteur R. Poux vient de publier une monographie dans laquelle il passe en revue les travaux qui ont été faits jusqu'ici sur la question de l'extrait de graines de cotonnier. Il rappelle les nombreuses études et expérimentations faites en France et à l'étranger. Parmi les premières, il cite l'article du Dr Hubert Legrand en 1905, puis le travail du Dr Barlerin présenté par le professeur Gilbert à l'Académie de médecine (20 mars 1906), enfin la thèse du Dr Oudiette (21 juin 1906) où sont rapportées les observations d'une série d'expérimentateurs : les docteurs Tissier, Labadie-Lagrave, Aviragnet, Boissard, (de Paris), Bonnenfant (de Soissons), Dreyer, Duplessis (de Montceau-les Mines), et également l'avis du profes-

seur Charles (de Liège) qui considère le lactagol comme un galactogène remarquable.

Le Dr Poux public ensuite le résultat de ses observations et il en conclut que, de l'avis de la majorité de ceux qui l'ont employé, le lactagol paraît certainement supérieur à tous les produits employés jusqu'ici dans le même but.

Le lactagol, dit-il, augmente la quantité de lait secrété et il améliore la qualité: d'après ses observations, dans la proportion de 84, 60 %. Une particularité à bien noter également, c'est que le plus souvent l'action du lactagol ne se produit que de 48 heures à 3 jours, 4 jours même après son emploi, et que, d'autre part, cette action semble s'éteindre rapidement dès que l'on n'en fait plus usage, sans qu'il soit possible de déterminer, à une heure près, à partir de quel moment l'effet ne s'en fait plus sentir. »

En somme, ce travail confirme par de nouvelles observations probantes, les données acquises à ce jour sur le lactagol, et qui le font considérer comme un remarquable galactogène.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon : M. le professeur A. Robin.

Traitement des vers intestinaux.

Il existe deux classes générales de vers intestinaux : les vers plats (ténia solium, ténia inerme, botriocéphale) et les vers ronds (ascarides, oxyures, etc.). Chacun de ces parasites ayant une thérapeutique distincte, nous allons envisager successivement les traitements qui conviennent aux ténias, aux ascarides et aux oxyures.

Traitement des ténias.

Le traitement préventif s'appuie sur les données étiologiques et pathogéniques. L'origine des ténias est la viande de porc pour le solium, la viande de bœuf pour l'inerme, certains poissons (saumon, brochet) et l'eau contaminée pour le botriocéphale. L'usage des biftecks saignants et de la viande rouge crue s'étant très répandu, dans ces derniers temps, le ténia inerme est devenu plus fréquent que le solium. Le traitement prophylactique consistera à ne manger que des viandes très cuites, ce qui est d'ailleurs préférable pour la digestion, et à conseiller la viande de cheval ou de mouton lorsque, chez les tuberculeux par exemple, on prescrira les viandes crues.

Le traitement curatif est le même pour toutes les variétés de ténias. On a recommandé, en pareil cas, un nombre considérable de médicaments; je ne les citerai pas tous et vous indiquerai seulement ceux que j'emploie dans ma pratique. Les uns sont peu coûteux et s'adressent à la classe pauvre, d'autres sont d'un prix élevé et conviennent à la classe riche ; il en est de prix intermédiaire, pour les classes moyennes ou aisées.

Avant d'administrer un ténifuge, il faut préparer le malade. Celui-ci est-il constipé, il se purgera, d'abord, avec de l'huile de ricin. Avec ou sans purgatif préalable, le patient sera mis au régime lacté absolu pendant 24 heures et il prendra, le soir, avant de se coucher, un grand lavement à l'eau tiède : alors, le malade étant resté à jeun bien entendu, on donnera, le lendemain matin, le ténifuge.

Dans la classe pauvre, on aura recours à l'écorce de grenadier, médicament désagréable mais efficace et d'un prix infime. On le formule ainsi :

Ecorce de grenadier...... 60 grammes.

Faire macérer dans 750 gr. d'eau pendant 12 heures, décanter et évaporer sur un feu doux jusqu'à réduction à 300 grammes. A ingérer en deux fois.

C'est une drogue amère, nauséeuse, qui amène parfois des vomissements. Son action ténifuge, en revanche, est excellente. Au bout d'une heure, prendre 30 gr. d'huile de ricin.

Dans la classe riche, on prescrira la pelletiérine, mélange de pelletiérine et d'isopelletiérine dont on forme des sels mixtes, tannates et sulfates, qui se donnent à la dose de 0 gr. 40 centgr. dans un cachet. Dix minutes après avoir pris ce cachet, le malade boira un verre d'eau et il se tiendra au repos, tranquille. Une demi-heure plus tard, il ingérera 30 grammes d'huile de ricin.

Il peut se produire, sous l'influence de cette médication, des troubles particuliers, une sorte de vertige, d'obnubilation cérébrale de courte durée, quelquefois de la parésie des membres. Ces phénomènes seront combattus par le sirop d'éther (une cuillerée à café). On évitera, d'ailleurs, l'emploi de la pelletiérine chez les enfants, les vieillards ou les femmes enceintes.

Un autre médicament, bon ténifuge également, moins coûteux que la pelletiérine quoique assez cher encore, est l'extrait éthéré de fougère mâle. Diverses formules ont été proposées. J'utilise celle de Créquy, modifiée, dans laquelle le purgatif est associé au ténifuge. Ce dernier, en effet, endort le tœnia mais ne le tue pas : aussi faut-il qu'un purgatif vienne ensuite le chasser.

Vous prescrirez :

Extrait éthéré de fougère mâle..................	0 gr. 25 centgr.
Calomel.................	0 gr. 05 centgr.

dans une capsule, n° 16.

A prendre deux toutes les 10 minutes.

La dernière capsule étant prise, le malade attendra deux heures. Si, à ce moment, le ver n'est pas évacué, on donnera 30 gr. d'huile de ricin et, pour diminuer l'état nauséeux, une cuillerée à café d'éther.

La fougère mâle peut provoquer des accidents analogues à ceux de la pelletiérine. Ces accidents sont les uns gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhée), les autres nerveux (vertiges, lipothymies, tremblements), d'autres oculaires (dilatation pupillaire), d'autres urinaires (albuminurie et glycosurie temporaires). Les troubles des trois premiers groupes disparaissent vite; ceux

d'ordre urinaire sont plus sérieux. L'albuminurie et la glycosurie temporaires ne semblent, il est vrai, se produire que chez les sujets qui ont eu antérieurement de l'albuminurie et de la glycosurie. D'où cette conclusion : s'abstenir de fougère mâle chez les brightiques et les diabétiques. On traitera les accidents gastriques, nerveux et oculaires par le sirop d'éther, à la dose d'une cuillerée à café, que l'on renouvellera s'il y a lieu.

Il convient de surveiller l'expulsion du ver et il faut s'assurer qu'il a été rejeté en entier, tête comprise, Le malade ira à la garde-robe sur un seau de toilette rempli d'eau tiède, de façon qu'entre l'anus et l'eau il n'y ait pas plus de 3 à 4 centimètres de distance. Lorsque le ver tombe d'une grande hauteur il risque de se briser, d'où une rétention possible de la tête.

La tête est-elle rendue, tout est fini. Ne la trouve t-on pas, on doit attendre et examiner les garde-robes, dans les semaines qui suivent, en recherchant les cucurbitains. On s'aidera, au besoin, d'un purgatif, pour provoquer le rejet de fragments de ver. On s'assurera, en un mot, si le ténia réside encore dans l'intestin. Ne jamais recommencer l'administration du ténifuge avant 4 semaines.

Traitement des ascarides.

Les ascarides se propagent par des œufs minuscules qui pénètrent dans le tube digestif avec l'eau de boisson. La médication prophylactique consiste dès lors à n'employer que de l'eau filtrée ou bouillie.

Le meilleur agent du traitement curatif est la santonine. Formuler :

Santonine........	0 gr. 20 centigr.
Calomel................	0 gr. 50 centigr.
Sucre de lait............	q. s.

diviser en 4 paquets,

Prendre ces 4 paquets, à dix minutes d'intervalle l'un de l'autre, dans un peu d'eau (cette dose s'adresse à des sujets de 15 ans au moins et non aux enfants). Si le résultat cherché n'est pas obtenu, donner le lendemain matin de l'huile de ricin.

Traitement des oxyures.

J'ai en vue, ici encore, les malades âgés de 15 ans au moins.

On essayera d'abord, les lavements d'eau sulfureuse (Eaux-Bonnes, par exemple), répétés matin et soir, pendant 4 à 5 jours de suite. Au cas d'insuccès, l'eau sulfureuse sera coupée avec moitié d'eau salée, et additionnée de 4 à 6 cuillerées de glycérine.

Ce traitement est-il insuffisant, on prescrira une cure de 4 jours ainsi réglée :

1er jour, régime lacté, 0 gr. 40 de calomel en 4 paquets à 10 minutes d'intervalle ;

2e et 3e jours, 0 gr. 05 centigr. de santonine à jeun, alimentation ordinaire ;

4e jour, lavements d'eau sulfureuse salée et glycérinée.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

HYDROLOGIE

Le spasme colique. — Sa cure à Châtel-Guyon.

On donne le nom de spasme colique à un trouble moteur d'origine réflexe se traduisant par une contracture plus ou moins étendue du gros intestin. Il s'agit là d'une exagération ou d'un défaut de synergie dans ces alternatives de contraction et de relâchement musculaires par lesquelles le côlon tend normalement à retenir puis à propulser les matières fécales.

La notion du spasme intestinal est connue depuis longtemps par les anatomistes. Nous en trouvons, d'après la thèse de Buy, la première idée dans une publication allemande de Frisch et Walter en 1731, et Cruveilhier signale dans son *Anatomie descriptive* ces diminutions de calibre de l'intestin qu'il ne faut pas confondre avec des rétrécissements d'origine inflammatoire ou néoplasique et qui sont dus à une contraction spasmodique des fibres musculaires lisses. Mais c'est avec Cherchewsky, en 1883, que le spasme intestinal passe dans le domaine de la clinique ; Fleiner, Geoffroy, Carl Kraus, isolent la constipation spasmodique et l'opposent à la forme seule admise jusqu'alors, la constipation par défaut de tonicité. Ces dernières années enfin, Mathieu, Soupault, et ses élèves, Sigaud, Vincent, Mazeran, G. Lyon, tout en précisant les caractères propres de cette constipation par spasme, montrent les rapports étroits qui unissent le spasme et l'atonie ; l'un traduit la phase de réaction, l'autre la phase de déchéance de la fibre musculaire intestinale.

Quels sont les caractères cliniques du spasme colique ?

On lui en décrit deux principaux, conséquences immédiates de sa définition ; la constipation et la perception au palper des cordes coliques.

La *constipation spasmodique* a des allures particulières : opiniâtre, elle résiste le plus souvent aux laxatifs. Bien plus, toute purgation violente l'exagère. Les irrigations intestinales sont elles-mêmes le plus souvent difficiles et douloureuses : une très faible pression (20 centimètres), une température voisine de la température centrale, sont nécessaires à la pénétration des liquides. Mieux que les laxatifs, dont les plus efficaces sont les laxatifs huileux, les antispasmodiques (belladone), les applications chaudes, les massages superficiels et légers, arrivent à provoquer l'évacuation de l'intestin.

Les matières sont ovillées, étirées, rubanées. Leur volume est faible. Le plus souvent, elles sont enrobées de mucus ; l'hypersécrétion muqueuse, l'entérite muco-membraneuse, sont, au même titre que la constipation, un phénomène connexe du spasme intestinal. Généralement enfin, il s'agit d'une constipation à forme douloureuse : la douleur plus ou moins constante affecte les points le plus souvent spasmés, le cæcum, les angles du côlon, l'anse sigmoïde ; comme la constipation, elle est nettement influencée par l'état névropathique et psychique du sujet. Elle se manifeste volontiers sous forme d'accès plus ou moins intenses pouvant aller de la simple colique venteuse à l'agitation péristaltique de Nothnagel et à la complication grave qu'est l'occlusion

spastique de l'intestin (Sternberg, Aporti) (1).

La palpation fournit le signe pathognomonique, la sensation d'un cordon dur au niveau des portions spasmées (cordes coliques de Glénard). Les cordes coliques peuvent occuper tout le trajet du cọlon ; c'est rare. Le plus souvent elles se localisent aux régions que nous venons d'indiquer.

Le boudin cœcal est perceptible sur une longueur de 4 à 5 travers de doigt. D'un diamètre de 2 à 5 centimètres il donne la sensation, soit d'une résistance élastique, soit d'une masse pâteuse et dure.

Le spasme du coude hépatique du côlon en impose parfois pour un rein déplacé. La corde colique transverse s'étend horizontalement au-dessus de l'ombilic sous la forme d'un cylindre dur mobile de haut en bas. Le cordon sigmoïdal enfin est couché dans la fosse iliaque gauche. Il a tantôt le volume d'une plume d'oie, tantôt la consitance d'un cylindre noueux plein de scybales.

Ces cordes coliques présentent certains caractères qui permettent de les différencier des diverses tuméfactions que l'on peut rencontrer dans la région abdominale. Elles sont en général très douloureuses, en particulier, au niveau du cæcum et des angles du côlon ; facilement mobilisables, elles s'échappent subitement des doigts qui les ont accrochées. Par une pression prolongée, un massage sédatif, on peut les voir disparaître, puis reparaître à l'aide de manœuvres excitantes, ces modifications de volume se produisant souvent alternativement sous la main qui palpe. Elles peuvent de même varier d'un jour à l'autre soit dans leur siège, soit dans leur consistance, en particulier sous l'influence des antispasmodiques.

Pour provoquer de l'entérospasme, deux conditions sont nécessaires : 1° une susceptibilité spéciale du côlon et de son système neuro-musculaire ; 2° une excitation réflexe.

Cette susceptibilité particulière est celle de tous les nerveux (neurasthéniques, hystériques, surmenés, intoxiqués). Et, de fait, le spasme est surtout l'apanage des névropathes. On sait quelle intensité prennent chez eux toutes les réactions. Ce qui caractérise le neuro-arthritique, c'est sa faiblesse irritable. Comme le fait remarquer Esmonet, de même que se succèdent la torpeur et la vivacité dans les concepts d'un neurasthénique, de même ses centres nerveux sous-jacents répondent à une même excitation par des réactions variables, parfois inappréciables, parfois manifestement exagérées. Le même influx nerveux peut fournir alternativement du spasme et de l'atonie suivant son intensité et suivant la réceptivité du sujet.

Ainsi constituée, cette susceptibilité spasmogène sera mise en jeu sous l'influence d'irritations réflexes parties soit de l'intestin, soit d'organes voisins, soit même sous l'influence de réactions psychiques.

Parmi les causes intra-intestinales nous citerons : la stagnation fécale, les ulcérations intestinales, la fissure anale, les hémorrhoïdes, les helminthes, l'élimination du plomb chez les saturnins, etc. Parmi les causes extra-intestinales figurent toutes les affections douloureuses de l'abdomen. Soupault, Jouaust, Salignat et nous-même avons montré les rapports étroits qui unissent le spasme et l'entérocolite avec ces affections (dyspepsies, lithiase biliaire, lithiase rénale, appendicite, troubles utéro-ovariens, ptoses abdominales en particulier). Apparaissant avec elles, il les suit dans leur marche, pour disparaître quand une thérapeutique active les a supprimées.

Le point de départ du réflexe peut siéger enfin dans les centres nerveux eux-mêmes. Tel le spasme de la méningite, du tabès (Bernard). Tel le spasme consécutif à une émotion (Broché, G. Lyon).

Nous avons vu que spasme et atonie coïncident souvent au niveau de l'intestin ; qu'en amont d'un point rétréci, le palper montre souvent une portion dilatée ; qu'un massage léger peut transformer un nœud de spasme en une zone d'atonie. Spasme et atonie sont, en effet, de même essence. A part les cas d'atonie primitive par inhibition nerveuse (épuisement, infections graves, traumatismes), l'intestin réagit d'abord aux excitations par une augmentation de son fonctionnement. C'est la phase de réaction spastique. Puis, après une période d'efforts plus ou moins longtemps soutenus, il cède et se laisse dilater. Cette parésie musculaire répond à la phase d'atonie qui est à l'intestin ce que l'asystolie est au cœur.

Ces notions posées, il est facile de déduire le rôle des Eaux de Châtel-Guyon dans la cure du spasme intestinal.

Comme le mot *constipation*, Châtel-Guyon fut longtemps synonyme d'atonie intestinale. Ce fait tenait à deux erreurs : d'abord à l'ignorance du spasme comme cause fréquente de constipation, ensuite à la croyance que spasme et atonie constituaient deux états si différents, qu'au premier convenait seulement une médication sédative, au second une médication tonique. Et cependant, la clinique protestait contre cette interprétation ; les médecins de Châtel-Guyon voyaient chaque année bon nombre de spasmodiques dans leur clientèle, et les succès les plus durables appartenaient certainement à cette catégorie de malades qui leur fut si longtemps refusée.

C'est que, pour être féconde, la thérapeutique ne doit pas être seulement *symptomatique*, elle doit avant tout être *pathogénique*. Or, la cure de Châtel-Guyon influence heureusement la plupart des causes du spasme intestinal : stase fécale, manifestations dyspeptiques, lithiase biliaire, appendicite chronique, affections catarrhales de l'utérus et des annexes, telles sont, en effet, les indications classiques de ses eaux.

Bien plus, l'eau de Châtel-Guyon est un régulateur de la tonicité de tout le système musculaire lisse, qu'il s'agisse du système intestinal ou du système vasculaire, qu'il s'agisse d'atonie ou de spasme, d'hypo ou d'hypertension.

L'effet curateur sera d'autant plus appréciable que la fibre musculaire sera moins lésée. Le spasmodique retirera de ce fait une amélioration plus complète que l'atone, et, avant d'obtenir un résultat, l'atone passera par une phase de spasme de réaction. Contrairement à une opinion accréditée dans le public qui vient parfois réclamer à nos eaux une action purgative, la plupart de nos malades présentent, pendant leur cure, un redoublement de leur constipation. *Chatel-Guyon ne purge pas* (Mage). Ce redoublement

(1) La diarrhée s'observe quelquefois avec le spasme intestinal. Mais le plus souvent il s'agit de diarrhée avec matières dures, de fausses diarrhées.

de la constipation correspond chez le spasmodique à une exagération passagère de son spasme ; il correspond chez l'atone, à un retour de la réaction de défense de son intestin. Puis, au bout de quelques jours, parfois après une période assez longue après la cure, l'intestin reprend sa consistance élastique normale, les douleurs disparaissent, les fonctions intestinales redeviennent régulières. L'effet utile avait dépassé le but avant d'arriver à la régularisation du tonus musculaire. Cette régularisation, en outre de l'action particulière de nos Eaux sur le système lisse, peut s'expliquer encore par la part importante que prennent les sels de magnésium dans la constitution de la cellule nerveuse et par leur puissante action sur la sécrétion biliaire (Bois).

En résumé, *le spasme colique nous apparaît comme la résultante réflexe d'une excitation intra ou extra-intestinale sur un système musculaire facilement irritable, comme la réaction de défense d'un intestin frappé dans sa tonicité.* Par son action favorable sur un grand nombre d'affections causes de spasme, par son action régularisatrice de la tonicité musculaire, Châtel-Guyon reprend une part de ses droits dans des indications qui, jusqu'à ces dernières années, avaient subi une mauvaise interprétation.

Docteur J. Foucault,
(de Châtel-Guyon).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La réforme des études médicales et les étudiants en médecine de Paris

Lundi 10 décembre, à 8 h. 1/2 du soir, a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'Hôtel des Sociétés Savantes, une réunion-conférence, organisée par l'*Association corporative des étudiants en médecine de Paris*, sous la présidence de M. le Dr Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Cette réunion conférence (on avait voulu éviter le mot de meeting d'apparence tapageuse et subversive) devait être une imposante manifestation des étudiants guidés par leurs aînés, les médecins praticiens, « contre le Certificat d'études médicales supérieures et pour la réforme de l'enseignement médical dans un sens pratique et utilement professionnel». Hâtons-nous de dire que cette manifestation a obtenu un grand succès. Plus de mille étudiants remplissaient la salle et c'est au milieu d'un silence religieux, entrecoupé d'applaudissements enthousiastes, survenant à propos et sans tapage, à la fin des phrases les plus éloquentes, ponctuant les périodes les plus appréciées, que de nombreux discours ont été prononcés.

Que la Faculté se rassure, on n'a conspué personne ! Et cependant le procès de l'état actuel de l'enseignement médical a été sévèrement instruit. Quelques orateurs ont mis dans leurs discours une verve si mordante et une ironie si spirituelle qu'on aurait pu excuser chez les étudiants l'explosion de quelques lazzis. Cela n'eût pas manqué à notre époque, mais nos jeunes camarades d'aujourd'hui sont devenus sérieux et sages. Ils ont fait preuve d'un état d'esprit qui donne à réfléchir sur ce que pourra cette jeunesse instruite quand demain elle apportera son appoint à l'évolution de la société moderne. Cependant les journaux du jour relataient encore les tumultes de l'Ecole de médecine, les actes de vandalisme qu'on y avait commis et qui avaient nécessité la fermeture de l'Ecole pratique. Aussi nous demandons-nous si ce sont bien les étudiants en médecine qui se sont livrés aux tapages de ces derniers jours et si tout ce bruit n'était pas adroitement et mystérieusement provoqué.

De nombreuses personnalités médicales étaient venues à la conférence. M. le Dr Gairal, au fauteuil de la présidence, était assisté de M. le Dr Reymond, sénateur ; de MM. les Drs Dubuisson et Meslier, députés ; de MM. Rotillon, président du Syndicat des médecins de la Seine, et Hirtz, médecin des hôpitaux. Derrière eux, sur l'estrade, étaient : MM. Rénon, Lepage, Carnot, agrégés à la Faculté, Béclère, Mosny, Rist, médecins des hôpitaux ; MM. Jeanne, Diverneresse, du Concours médical, Granjux, de Grissac, Noir, de l'Union des Syndicats médicaux de France, Vimont, Leredde, Vallat, Foveau de Courmelles, du Syndicat des médecins de la Seine, etc.

Après une courte allocution, où M. Gairal a remercié les étudiants qui ont bien voulu lui faire l'honneur de présider cette réunion comme représentant autorisé de la plus importante association de défense médicale, il a été donné lecture des lettres d'excuses : de MM. les sénateurs Pozzi et Pédebidou, ce dernier retenu dans le Midi par une maladie que nous espérons peu grave ; de M. Marcel Durand, le dévoué et éloquent défenseur du Corps médical au Conseil général de la Seine; de M. Lereboullet, secrétaire général de l'Association des médecins de France, qui regrette de n'avoir pu se rendre à la réunion ; de MM. Huchard et Variot, qui avaient promis les premiers leur concours et avaient dû au dernier moment se rendre, affirment-ils, à des exigences d'ordre professionnel. Il est vrai que M. Huchard avait remplacé son discours par un morceau d'éloquence épistolaire d'un feu tout juvénile qui a fortement fait regretter son absence.

M. Tilloy, de l'*Association corporative des Etudiants en médecine de Paris*, a exposé à ses camarades le but de la réunion, leur a indiqué toute son importance, a montré le lien de plus en plus solide qui unit les étudiants et les praticiens. L'*Association corporative*, où les étudiants sérieux et conscients se groupent dans un but d'utilité professionnelle, est, en quelque sorte, le vestibule des Syndicats médicaux. Il lit ensuite la longue énumération des groupements d'étudiants des diverses Ecoles et Facultés de médecine de France qui assurent leurs camarades de leur solidarité et de leur concours contre le Certificat d'Etudes médicales supérieures et pour la réorganisation de l'enseignement.

Avec M. le Dr Coppens, de Lille, commence la critique sévère du système actuel et surtout l'ex-

posé des conséquences déplorables qu'aurait le Certificat d'études médicales s'il était appliqué.

M. Rist, médecin des hôpitaux de Paris, qui lui succède, obtient un grand et légitime succès. C'est avec un talent consommé que M. Rist sait manier l'ironie, cette arme si dangereuse et toute française qui donne un réel attrait aux tournois de la parole et de la plume. Il provoque d'unanimes applaudissements quand il s'attache à démontrer toute sa filiale affection pour cette antique Faculté de Paris, l'*Alma Mater*, cette vieille grande dame qui possède, affirme-t-il, pour éclairer ses étudiants de massives et précieuses lampes.

Ah ! ces lampes ! elles ont des clartés bien différentes, mais on peut les améliorer sans les détruire, et c'est ce qui est rassurant. Quelques-unes, déjà munies de bougies électriques, jettent un éclat des plus vifs ; un grand nombre brûlent encore le pétrole qu'employaient nos mères ; quelques-unes ont conservé le système à l'huile chère à nos aïeules et restent de fumeux quinquets. Conservons précieusement, dit M. Rist, ces belles et vieilles lampes à l'aspect si noblement décoratif, mais transformons-en l'éclairage, mettons-y l'électricité.

Et l'orateur termine en montrant qu'on aurait tort, dans une organisation, de repousser les travaux de laboratoire, car bien enseignés, ils enrichissent les méthodes cliniques.

M. Hirtz prend alors la parole. Il traite de la liberté du stage pour les étudiants ; il montre tout l'avantage qu'il y aurait à laisser chacun choisir son maître.

Il ne faut pas que quelques chefs de service bien vus à la Faculté accaparent l'enseignement clinique qui, en pratique, devient à peu près nul à cause du trop grand nombre d'élèves qui se pressent autour des malades. M. Hirtz remercie notre confrère Marcel Durand, qui a fait émettre par le Conseil général le vœu que les stagiaires soient répartis par groupes de dix dans chaque service hospitalier.

Au cours de sa conférence, M. Hirtz a fait l'intéressant historique du projet de création de la Faculté de médecine municipale qui fut sur le point de se réaliser.

La Faculté actuelle, alors très émue, fit intervenir le Prof. Potain auprès de tous ceux qui auraient pu donner un concours brillant à cette fondation nouvelle appelée à l'éclipser ; M. Potain était aimé et vénéré, il fit appel aux sentiments confraternels, et le projet échoua.

M. Mosny, médecin des hôpitaux, a insisté à son tour sur la nécessité du petit nombre des stagiaires attachés à un service, il n'y a pour lui qu'un enseignement efficace en médecine, comme dans tous les arts, c'est l'enseignement individuel. M. Leredde, le secrétaire général du Comité d'organisation du prochain Congrès des praticiens, lit à la suite un projet de réformes pratiques de l'enseignement, et M. Rénon, agrégé a la Faculté et membre du Conseil du Syndicat des médecins de la Seine, trace les lignes générales d'un plan de réorganisation des études où tout doit tendre à apprendre au futur médecin à soigner, à soulager, à réconforter les malades. Il a insisté sur le rôle social de plus en plus important que doit remplir le médecin et qu'on doit lui apprendre à l'École.

L'apparition du Dr Doyen à la tribune provoque une véritable sensation. M. Doyen expose un projet clair et précis qui recueille l'approbation générale. Pour lui, le P. C. N. est nécessaire, mais il doit être rendu plus utile. C'est en somme l'examen d'entrée à l'Ecole de médecine, examen qui doit se substituer à l'ancien baccalauréat. Il suffirait, pour qu'il ait une réelle valeur, d'exiger pour ceux qui l'enseignent le grade de docteur en médecine et de leur demander, dans l'enseignement des sciences accessoires, de faire la part la plus grande aux applications médicales de ces sciences.

Une fois pourvu du P. C. N., l'étudiant doit dès le premier jour recevoir un double enseignement : l'enseignement clinique à l'hôpital, l'enseignement des sciences non cliniques à l'Ecole ou plutôt dans les laboratoires de l'école, car il n'y a pas, en dehors de l'observation et de l'expérience, d'enseignement vraiment scientifique. L'enseignement clinique doit se faire dans tous les services hospitaliers organisés, officiels ou non, pourvu que ceux qui dirigent ces services soient en mesure de le donner.

M. Doyen démontre la nécessité pour le praticien de campagne de connaître les spécialités au moins dans leurs éléments, et comme la technique de ces spécialités ne s'apprend que par la pratique il juge nécessaire de placer des stagiaires dans les cliniques privées de la ville, les hôpitaux n'ayant pas de services suffisants pour assurer l'éducation technique de tous les élèves. Ces professeurs de cliniques diverses ne recevraient aucun traitement, la réputation qu'ils acquerraient du chef de leur enseignement suffirait à les dédommager de leurs peines et on trouverait le moyen de les récompenser d'une façon détournée qui sera exposée peu après au sujet des examens.

Les professeurs qui enseigneraient à l'école les sciences autres que la clinique seraient des professeurs de carrière qui n'auraient pas le droit d'exercer. Comme leur enseignement consisterait en travaux pratiques, ils cumuleraient les fonctions et les appointements de professeur et de chef des travaux, ce qui, sans grever le budget, leur donnerait des honoraires convenables. Ces honoraires seraient accrus par les cours payés que ces professeurs de carrière seraient autorisés à faire.

Les professeurs de clinique tiendraient une place prépondérante dans les jurys d'examen et, par un jeton de présence assez fort pour chaque examen, on pourrait aussi reconnaître pécuniairement les services qu'ils rendraient en instruisant leurs élèves.

Après M. Doyen, M. Berthod a remercié les étudiants de leur admirable tenue et les a engagés à continuer de mener sans faiblesse la lutte contre la routine et le mandarinat de l'enseignement officiel.

Enfin M. Lafontaine, au nom de l'*Association corporative*, a remercié dans une éloquente improvisation les orateurs et déposé l'ordre du jour suivant :

« Les médecins praticiens et les étudiants en médecine, réunis au nombre de mille environ à l'hôtel des Sociétés savantes, le 10 décembre 1906 sous la présidence du docteur Gairal, président de l'Union des syndicats médicaux de France, assisté des docteurs Reymond, sénateur ; Dubuisson et Meslier, députés ; se déclarent résolus à poursuivre énergiquement la campagne engagée pour obtenir :

« 1° La suppression pure et simple du décret du 25 juillet 1906 instituant le Certificat d'études médicales supérieures ;

« 2° La nomination d'une commission de réforme des études médicales composée par moitié de médecins praticiens et étudiants, membres de groupements médicaux, et moitié de professeurs des facultés de médecine ;

Félicitent le docteur Marcel Durand de son heureuse initiative au Conseil général de la Seine et s'unissent à lui pour demander la liberté absolue du stagiaire de choisir son stage parmi tous les services des hôpitaux de Paris ».

M. Gairal, président, a mis cet ordre du jour aux voix. Il a été adopté à l'unanimité.

Avant de lever la séance, le Président a tenu à féliciter les étudiants du calme et de la dignité dont ils ont fait preuve au cours de cette réunion où cependant tant de questions passionnantes ont été agitées. Cette manifestation sérieuse, preuve d'une résolution froide et forte, fera impression en haut lieu ; elle est d'un bon augure pour le succès prochain des revendications médicales.

La sortie s'est effectuée dans l'ordre le plus absolu. Entre les portes nous avons entendu dans la bouche d'un vieux praticien, qu'émouvait encore le souvenir du désordre qui, trop souvent, règne aux assemblées générales de nos groupements professionnels, la réflexion suivante : « C'est désormais chez les jeunes gens et à l'Association Corporative des Etudiants, que nous irons prendre des leçons de tenue, de calme, de courtoisie et de dignité. »

(*Progrès médical*)

J. NOIR.

CHRONIQUE DU "SOU MÉDICAL"

Accidents du travail.

Soins médicaux postérieurs à la date fixée comme point de départ de la rente viagère en cas d'incapacité permanente.

Encore un succès à l'actif du *Sou Médical.*

Il est un cliché qui se répète devant toutes les juridictions, sans qu'on cherche à en discuter la valeur, sans doute parce qu'à force de le répéter avec audace les assureurs ont fini par le faire prendre comme une règle juridique intangible : c'est que les frais médicaux ne sont dus par le patron que jusqu'à la date dite de consolidation de la blessure, c'est-à-dire la date prise comme point de départ de la rente viagère en cas d'incapacité permanente.

Il est pourtant bien simple de penser que, dans nombre de cas, l'on peut être suffisamment fixé sur l'importance de l'incapacité de travail qui sera la conséquence de l'accident, bien que l'état du blessé nécessite encore des soins. Le patron et l'ouvrier peuvent avoir alors intérêt à fixer le plus tôt possible, devant le président, leurs accords relatifs à la rente et à en déterminer le point de départ.

Le patron notamment a, dans certains cas, intérêt a faire cesser le paiement de l'indemnité de demi-salaire, et à le remplacer par le service d'une rente, lorsque celle-ci sera inférieure à celui-là.

Comment une pareille convention, alors que les frais médicaux ultérieurs ne peuvent entrer en ligne de compte, aux termes de la loi, dans la fixation de la rente, peut-elle à la fois modifier les droits de l'ouvrier, résultant de l'art.4, et les droits du médecin résultant des art. 4 et 15 de la loi de 1898-1905 ?

C'est ce que nous n'avons jamais pu comprendre. Aussi le « Sou Médical » s'est-il empressé de donner ses conseils et son appui pécuniaire, dans une espèce où il paraissait possible da battre en brèche l'absurde légende qui commençait à s'affirmer et qui s'autorisait d'une décision de la Cour de cassation (26 octobre 1903, Sirey 1905, 1, 343.)

Voici les circonstances dans lesquelles se présentait cette affaire :

Un ouvrier avait été blessé à l'œil en travaillant pour la Société des établissements Eycken et Leroy et avait été atteint d'une incapacité permanente partielle. La Cour de Douai, après appel par l'ouvrier d'une décision du tribunal de première instance pour la fixation de la rente viagère, avait, par un arrêt en date du 12 août 1905, fixé définitivement le montant de la rente, avec point de départ au 5 mars 1905, en spécifiant dans ses motifs qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte, pour cette fixation, de ce qu'une opération chirurgicale pratiquée ultérieurement pourrait améliorer l'état du blessé et par suite donner ouverture à l'action en révision. S'autorisant de cette réserve de l'arrêt, le blessé demanda au Dr X... de pratiquer cette intervention qui donna, d'ailleurs, de bons résultats. Le médecin réclama au chef d'entreprise le paiement de ses honoraires, et il lui fut opposé un refus sous prétexte que ces frais étaient postérieurs à la consolidation de la blessure, dont la date avait été fixée par la Cour et servait de point de départ à la rente viagère.

M. le juge de paix des cantons Est et Ouest de Roubaix, saisi de l'action en paiement des frais médicaux, a rendu le jugement ci-après, parfaitement motivé en droit et dont nous donnons les principaux passages :

TRIBUNAL DE PAIX DES CANTONS EST ET OUEST DE ROUBAIX, 26 JUIN 1905. M. DE RENTY, JUGE DE PAIX.

Nous, Juge de paix,

Attendu que le Dr Bettremieux réclame le paiement d'une somme de 300 fr. représentant les soins médicaux, opération chirurgicale et intervention de collègues qui ont été nécessitées du six juin 1905 jusqu'à la guérison définitive ou le rétablissement aussi complet que possible du sieur Van Hollebecke blessé à l'œil droit dans un accident de travail pendant qu'il travaillait pour le compte de ses patrons Eycken et Leroy ; qu'il forme cette réclamation contre Van Hollebecke qui s'en rapporte à la justice sur la demande principale et conclut contre Eycken et Leroy, à leur responsabilité, en les appelant en garantie. — Attendu que Eycken et Leroy, s'appuyant sur ce que la Cour de Douai a, par arrêt du 12 avril 1905, alloué à Van Hollebeck une rente annuelle et viagère de 179 fr. 95 à dater du 5 mars 1905, date de la consolidation, et, prétendant que les soins médicaux ne sont que l'accessoire de l'indemnité temporaire, et que ceux réclamés sont postérieurs à cette date, demandent le débouté pur et simple du docteur Bettremieux ;

Attendu qu'il n'y a aucune difficulté sur les faits de la cause.

Que la seule question à résoudre est celle de

savoir si les frais réclamés par le Docteur Bettremieux peuvent être mis à la charge de Eycken et Leroy, patrons de la victime, bien qu'ayant été donnés postérieurement à la consolidation de la blessure ;

Attendu que la loi du 9 avril 1898, dans son article 4, met à la charge du chef d'entreprise les frais médicaux et pharmaceutiques sans aucune réserve ; que rien ne spécifie, pas plus dans cet article que dans les art. 15 et 16 de la même loi, que les frais médicaux soient l'accessoire de l'indemnité temporaire et qu'ils cessent d'être dus lorsque cesse d'être due la dite indemnité (le 26 oct. 1903) ;

Que l'article 15, qui fixe la compétence, met, spécialement dans son § 4, indépendamment de ce qui concerne les indemnités temporaires, à la connaissance du juge de paix, les demandes relatives au paiement des prix médicaux et des frais pharmaceutiques sans aucune restriction ;

Qu'en vain prétendrait-on que l'allocation d'une rente viagère comprend tout ce qu'il est possible d'allouer à l'ouvrier blessé, puisque son taux est fixé par la loi et qu'il ne peut y être ajouté aucune allocation supplémentaire même étrangère à la rente viagère (Dijon, 10 mars 1902) ;

Attendu que la rente viagère allouée par la loi n'est que la représentation pure et simple d'une diminution de salaire que l'ouvrier doit subir définitivement à la suite de l'incapacité permanente que lui a occasionnée son accident ; que c'est là une indemnité légale qui ne peut à l'avenir être augmentée mais non plus diminuée, qu'elle le serait si l'ouvrier blessé devait, dans certains cas, prendre à sa charge les frais médicaux qui lui sont encore absolument nécessaires, bien que la blessure soit considérée comme médicalement consolidée, pour reprendre effectivement le travail diminué qu'il peut encore produire, ce que la simple consolidation, sans les soins et opérations ultérieurs, ne permettrait pas ;

Que les indemnités diverses allouées par la loi de 1898 constituent des allocations forfaitaires indépendantes les unes des autres, mais qui doivent toutes demeurer intégralement et par suite du principe de la nouvelle responsabilité industrielle à la charge du patron ; qu'en ce qui concerne les frais médicaux auxquels la loi n'a fixé aucune limite, le seul point à considérer est celui de savoir si les frais ont été nécessités par la blessure dont l'ouvrier a été victime dans son travail et s'ils étaient véritablement utiles ;

Qu'ils peuvent être nécessaires aussi bien en suite de la reprise du travail en cas de blessure sans incapacité permanente, si l'ouvrier quoique non guéri peut reprendre son travail sans danger pour la guérison, qu'en cas de capacité permanente, si la consolidation est établie, mais avec un état qui nécessite une opération déterminée qui ne changera rien à la diminution de travail du blessé ;

Qu'il n'est pas rare, en matière d'incapacité temporaire, de voir l'ouvrier blessé non guéri, mais apte à travailler, reprendre ses occupations habituelles, tout en recevant les soins du médecin ; qu'il touche alors non plus ses demi-salaires mais son salaire restreint ou complet, tandis que le patron, en raison de sa responsabilité industrielle forfaitaire, conserve à sa charge les frais continus médicaux et pharmaceutiques dont il est tenu par la loi jusqu'au bulletin de guérison ;

Qu'il serait souverainement injuste de forcer l'ouvrier blessé avec incapacité permanente à prendre sur la rente établie forfaitairement dans les conditions susdites, ces frais nécessités par sa blessure, qui pourront peut-être même amener un profit pour le patron, en lui permettant, dans certains cas, de réclamer revision pour amélioration, et de diminuer ainsi illégalement ce que la loi a alloué ; que c'est précisément en raison de l'impossibilité de fixer une limite aux soins médicaux que la loi les a laissés, en définitive, indéterminés, laissant au juge le soin d'en établir la nécessité et d'en évaluer l'importance (Discussion de la loi) ;

Que, dans l'espèce, il résulte des enquêtes, expertises et jugements auxquels il a été procédé antérieurement et contradictoirement, que s'il y avait consolidation de la blessure de Van Hollebecke le tour de l'œil restait cependant à vive chair, que cet état devait demeurer ainsi un certain temps, et qu'une opération était ultérieurement nécessaire pour rétablir les chairs dans un état se rapprochant de l'état normal ;

Que la Cour de Douai n'a pas contesté cette situation, qu'elle a seulement déclaré qu'elle n'avait pas eu à s'en occuper pour la fixation de la rente, cette transformation pouvant seulement donner lieu ultérieurement à action en revision, s'il était nécessaire ;

Attendu que le principe de l'opération ultérieure était ainsi suffisamment posé ; attendu qu'il est inadmissible qu'on puisse, si la théorie de Eycken et Leroy était admise, donner un avantage au patron qui pourrait profiter de l'action en revision ainsi amenée, au détriment de l'ouvrier blessé, qui, non seulement verrait sa rente diminuer, mais devrait supporter personnellement les frais médicaux qui auraient produit une amélioration dans son état, mais aussi une diminution dans la responsabilité effective du patron ;

. . . .

Attendu enfin que la responsabilité du patron peut encore à un 3e point de vue être considérée ;

Que Van Hollebecke a, en laissant pratiquer l'opération qu'il a subie après en avoir avisé ses patrons, amené incontestablement une amélioration dans son état physique ; que cette amélioration peut aussi avoir des conséquences au point de vue visuel, ce qui amènera la possibilité ultérieure d'une action en revision ; qu'au contraire, si l'état physique était demeuré stationnaire, il y aurait eu presque certainement aggravation plus ou moins rapide et détérioriation des tissus environnant l'œil : ce qui aurait eu pour conséquence une demande en revision par la victime pour augmentation de la rente ;

Que Van Hollebecke a donc bien géré l'affaire de ses patrons en procédant ainsi qu'il l'a fait et qu'aux termes de l'art. 1375 du Code civil, le maître dont l'affaire a été bien administrée doit remplir les engagements que le gérant a contractés, en son nom et rembourser toutes les dépenses utilement faites ;

Qu'ainsi, à tous les points de vue, Eycken et Leroy sont tenus de prendre à leur charge les frais nécessités par l'opération subie par Van Hollebecke et les soins qui l'ont précédée et suivie, le tout postérieurement au cinq mars 1905 ;

Attendu que l'action du Dr Bettremieux est régulièrement et juridiquement formée et l'appel en garantie de Van Hollebecke, contre Eycken et Leroy, régulier en la forme et juste au fond ;

Attendu que le chiffre réclamé par le Dr Bettremieux n'est pas contesté ; — qu'il est loin du reste d'être exagéré, étant donné le résultat acquis ;

Par ces motifs :

Statuant contradictoirement et en dernier ressort ;

Condamnons Van Hollebecke à payer au Dr Bettremieux la somme de 300 fr. pour les causes reprises en la citation avec intérêts judiciaux et dépens ;

Condamnons Eycken et Leroy à garantir et indemniser Van Hollebecke des condamnations prononcées contre lui, en principal, intérêts et frais ;

Les condamnons aux dépens de l'appel en garantie et de ses suites.

Cette décision n'est pas isolée, d'ailleurs. Elle a été rendue, il est vrai, dans des circonstances un peu spéciales où il résultait implicitement de la décision même que, si la date de la consolidation de la blessure était indiquée comme point de départ de la rente viagère, les conséquences de

l'accident au point de vue médical n'étaient pas considérées comme entièrement réparées.

Mais voici une deuxième décision qui se place nettement sur le véritable terrain juridique pour résoudre la question en litige ; et la règle qu'elle dégage nous paraît être bien plus conforme à l'esprit comme au texte de la loi de 1898 que la théorie contraire. Elle consiste à dire : « 1° L'art. 4 ne distingue pas entre les frais médicaux antérieurs et postérieurs à la date du point de départ de la rente viagère pour incapacité permanente. Ce que la loi a voulu certainement, c'est que le patron supporte tous les frais médicaux nécessités par l'accident et nécessaires pour amener le blessé à l'état le plus complet possible de guérison ; 2° Opposer à l'action du médecin les décisions rendues entre l'ouvrier et le patron et ayant fixé la date de consolidation de la blessure, c'est opposer une chose jugée en dehors du médecin qui n'était pas partie du procès, c'est-à-dire lui opposer des décisions qui ne lui sont pas opposables en droit « *res inter alios acta* ».

En somme, c'est au juge de paix à apprécier si l'état du blessé, malgré la date fixée entre le patron et l'ouvrier seulement comme point de départ de la rente viagère, nécessitait encore des soins pour que fussent réparées aussi complètement que possible les conséquences physiques de l'accident du travail.

Trib. Paix Marseille 16 mars 1906
Juris. civ. Marseille 1906, 245

Le médecin qui a soigné un ouvrier à la suite d'un accident du travail possède depuis la loi du 31 mars 1905, article 4, une action directe contre le chef de l'entreprise pour obtenir paiement de ses honoraires.

Et dès lors, du moment qu'il justifie de la réalité et de la durée des soins donnés, on ne saurait lui opposer un jugement rendu dans une instance en paiement d'une rente viagère entre l'ouvrier et le chef d'entreprise, pour limiter son droit aux honoraires à la date de la consolidation de la blessure fixée par ce jugement.

M. G. Gatineau,
Avocat-conseil du « Sou médical ».

CHRONIQUE MÉDICO-MUTUALISTE

Pour un Concordat.

Monsieur le Directeur du
Concours Médical,

Voulez-vous me permettre de venir à votre tribune dire un mot sur la crise médico-mutualiste. Je passe sur le diagnostic, qui est évident, pour arriver au traitement, le point pratique par excellence, et celui où les airs diffèrent le plus.

Bien que lecteur assidu du *Concours*, dont j'aime et partage la plupart des idées, je ne suis pas de l'avis du sympathique et courageux Diverneresse, je ne suis pas de l'avis, j'ose à peine le dire, des membres les plus autorisés de l'Union des Syndicats et de l'Association Générale des Médecins de France dont je fais partie, je ne suis pas pour la *Séparation* de la Mutualité et du Corps Médical, je suis pour le Concordat.

Je vois bien que le conflit existe et s'aggrave tous les jours. Je sais bien que la solution ne peut consister dans une nouvelle abdication des revendications du Corps médical, poussé à bout, qui peut à peine supporter l'état présent et ne peut même pas envisager la possibilité de le prolonger à l'Avenir. La solution ne dépend pas des administrateurs de la mutualité, quelle que soit la dose de libéralisme qu'ils possèdent, et celle qu'ils sont susceptibles d'acquérir par la force des choses et la force des idées. La solution ne dépend que du mutualiste, car c'est lui l'auteur de tout le mal. C'est son défaut d'esprit de prévoyance et de solidarité, qui force les fondateurs de mutuelles, pour obtenir des enrôlements, à proposer des avantages hors de proportions avec les charges ; c'est sa mentalité d'avare qui le pousse à vouloir retirer le maximum de bénéfices de sa cotisation, à accaparer le plus possible des ressources de la Société pour lui seul, à jouer comme un enfant au gaspillage des deniers communs. Ce serait donc l'éducation du Mutualiste qu'il faudrait entreprendre, pour arriver à en faire un citoyen conscient et consciencieux, aussi heureux d'aider aux autres que de recevoir les secours qui lui sont utiles, comprenant ses devoirs comme ses droits.

Avec les concours les plus actifs et les efforts les plus persévérants, l'évolution pourra sans doute se faire à la longue, très à la longue, disons-le pour ne pas paraître trop naïf, et ne pas décourager ceux qui croient à la perfectibilité de la nature humaine.

En attendant, il faut trouver un correctif efficace à la situation actuelle, et, pour cela, rien de mieux que de rendre le mutualiste intéressé à la bonne utilisation des fonds sociaux, en lui imposant une participation réelle et effective aux charges qu'il occasionnera.

D'abord, il faut absolument séparer dans les Sociétés de Secours Mutuels les caisses qui assurent la gratuité du traitement médico-pharmaceutique, de celles qui assurent une indemnité journalière de chômage, de celles qui paient les frais funéraires et de celles qui fondent des retraites. Tous ces modes d'assistance mutuelle sont évidemment très pratiques, mais leur fonctionnement gagnerait à être rendu autonome, avec cotisation spéciale et règlement spécial, ce qui n'empêcherait pas le même individu de faire partie d'une ou plusieurs de ces combinaisons, de même que le même personnel administrateur en assurerait le fonctionnement (1).

Ceci établi et il est difficile de faire des objections sérieuses à ce principe de la division, je ne vois plus l'intervention du Corps médical que dans le fonctionnement de la Caisse d'assurance des frais médico-pharmaceutiques.

Que cette caisse, au lieu d'assurer la totalité de ces frais, se contente d'une cotisation moindre, et qu'elle n'en supporte que les 3/4 ou les 4/5, et qu'elle laisse l'autre quart, l'autre cinquième au Sociétaire, elle aura tout de même rendu un service sérieux à ce Sociétaire, mais elle aura forcé celui-ci, en lui imposant cette part de contribution, à mieux apprécier son intervention en sa faveur, et à ménager le plus possible les deniers communs en même temps que les siens.

Avec ce système, rien ne s'oppose à ce qu'on laisse aux mutualistes le libre choix du médecin et du pharmacien, et on peut même envisager la possibilité de supprimer le contrôle inquisitorial

(1) Seulement c'est juste cela que ne veut pas le Grrrand Conseil de la Fédération Nationale.

des inspecteurs et visiteurs ordinaires. Peu ou pas d'abus possibles de la part des mutualistes qui verront un franc sortir de leur poche pour chaque écu que la Société aura à verser pour eux.

Mais il faut que la Société, qui n'a pour se garantir que cette minime collaboration de son assuré, soit certaine qu'il ne peut, ni par fraude, ni par connivence du médecin ou du pharmacien, l'esquiver, et pour cela elle devra exiger que ce versement soit effectué par son intermédiaire. Le membre participant après sa maladie ou ses ayants droit, recevraient la note de leurs médecins et pharmaciens; ils y feraient faire toutes les corrections et rectifications qu'ils penseraient pouvoir demander, et au lieu de payer directement, ils la remettraient au trésorier de leur société avec leur signature constatant la sincérité du total et les engageant à verser la part qui leur reviendrait dans un délai de 6 mois, crédit habituel et quasi de droit. Le trésorier aurait en cas de besoin les mêmes privilèges et garanties pour opérer le recouvrement, que les médecins et pharmaciens eux-mêmes. Il leur éviterait ce souci, mais bénéficieraient d'une remise de 5 à 10 0|0, que ceux-ci, reconnaissants, consentiraient facilement. Un Conseil d'administration judicieusement composé des personnes les plus capables de connaître et d'apprécier la situation matérielle et morale de chaque membre pourrait accorder, quand cela serait utile et possible, un crédit et des facilités de paiement, ce qui augmenterait singulièrement l'action bienfaisante de la Société (maires, conseillers municipaux, juges de paix, notaires, receveurs de l'enregistrement).

Voilà donc une caisse qui, pour amener son fonctionnement normal, et remplir sa mission bienfaisante, serait obligée d'être en même temps l'agence de recouvrement d'honoraires de médecins et pharmaciens, qu'elle devrait considérer comme des amis, des clients, qui ne marchanderaient pas trop leur reconnaissance pour ce service.

Ce serait bien le Concordat des intérêts, le meilleur, et il me paraît qu'ainsi serait réalisé un modus vivendi plus digne et plus agréable pour le mutualiste vis-à-vis de son médecin et de son pharmacien et de ceux-ci vis-à-vis des Sociétés de Secours mutuels. Enfin, il y aurait moyen d'enrôler dans une même association, le père, la mère et les enfants, ce qui n'est pas possible, quand on veut en même temps assurer des indemnités, ou des retraites; et enfin, il n'y a pas d'autre système pratique pour faire bénéficier de la mutualité les millions d'habitants des compagnes, qui en ont encore plus besoin que ceux des agglomérations.

Quand nous aurons réalisé le projet à l'étude pour le canton je vous enverrai les statuts.

Dr Dubost.
(de Sartilly, Manche).

Une société de « Secours mutuels » en formation.

Dans une petite commune de Sologne où abonde le lapin symbolique et qui compte quatre médecins pour 3000 habitants, une « mutuelle » est en formation.

Le Président désigné est le vétérinaire de l'endroit, ayant pour assesseurs dans le conseil d'administration le juge de paix et l'huissier... ce qui est déjà assez suggestif. Le vétérinaire qui fait payer sa visite 3 francs ne demande pas d'augmentation, mais il s'agit d'obtenir celle du médecin pour trente sous. On n'est pas des bœufs.

Celui des quatre confrères que je connais, le Dr. R. P. reçoit l'autre jour la visite de deux des futurs sociétaires dont... *son propriétaire* et l'huissier en question. Ces Messieurs venaient lui proposer d'être médecin de la Société... « Je ne puis accepter dans les conditions où elle s'annonce car on n'y compte paraît-il, jusqu'ici, que les bourgeois du pays et je ne puis y voir qu'une tentative déguisée de leur part pour m'exploiter. »

« Mais Docteur, vous n'êtes pas au courant... tous les patentés et propriétaires ne sont que membres honoraires et si vous n'acceptez pas d'être médecin,. »— « J'attends vos statuts » —«.. Nous venons précisément vous demander de vous faire inscrire comme honoraire,.. »... Et le brave confrère, pour s'en débarrasser, de donner aux deux quidam l'autorisation demandée, avec promesse de versement de cent sous par an.... C'était évidemment un peu jeune.

Le lendemain, il rencontre dans la « *Grand Rue* » l'un des principaux commerçants. charcutier de son état. « Eh bien, Docteur, on va donc pouvoir être soigné à l'œil ? » Comment çà ? Mais oui, la Mutuelle... j'en suis » « Comme honoraire ? » « Mais non, les honoraires, c'est pour la frime, il y a le maire, le curé.... » – « Il y a... moi »—« ça se peut, mais moi je suis des participants et le boucher, l'épicier... tous les copains quoi ! »... Survient l'un des deux émssaires de la veille. —« Vous » lui dit le confrère hier, au cours de votre visite, vous m'avez f. dedans ». « Moi ? et qui vous l'a dit ? » « Mais.... Monsieur »—« En voilà un imbécile ! »

Ce n'est pas tout... ce n'est pas le plus intéressant : le soir même, un délégué de la *classe ouvrière* de l'endroit mis au courant de l'incident, vient trouver le confrère et lui tient à peu près ce langage : « Docteur, vous ne voulez pas de la mutuelle. nous snon plus.. Pourquoi donc que nous leur donnerions notre argent ?... Vous n'avez jamais refusé de soigner un ouvrier à prix réduit et jamais vous n'en avez fait poursuivre quand ils ne pouvaient pas payer... alors quoi ? »

Et voilà la raison principale pour laquelle la « Mutuelle » de cette petite commune où abonde le lapin symbolique est toujours en gestation. Ces Messieurs, faute de pouvoir se glisser, comme ils le font si souvent, au milieu d'une Mutuelle ouvrière, voudraient au moins pouvoir compter quelques ouvriers dans leur sein pour tenir leur bannière.... mais ils ne les trouvent pas.

Pour le moment ils n'osent passer outre. Mais les médecins, dans cette petite commune comme dans bien d'autres, sont tellement désunis que la chose se fera sans doute un jour ou l'autre. Le Président tout désigné pour une société de Secours mutuels avouable devrait être le médecin le plus âgé de la région ; choisir le vétérinaire qui, lui, ne parle pas de diminuer ses prix, c'est donc se choisir une étiquette qui n'est pas précisément juste pour développer nos sentiments d'altruisme.

N'ai-je pas raison de trouver cette histoire intéressante dans sa simplicité ? A propos de cette grosse question des accidents du travail, n'avons-nous pas vu l'ouvrier aux mains noires tendre

loyalement la main à l'ouvrier aux mains blanches pour défendre ses droits et n'est-il pas curieux de retrouver cette tendance dans une querelle de clocher ? Tous les jours le médecin sent battre contre sa poitrine le cœur du peuple et peut apprécier la générosité de ses sentiments, toutes les fois qu'il n'est pas affolé par des meneurs désireux de devenir Excellences.

Dr Paul Petit.

CORRESPONDANCE

L'impôt sur le revenu et le secret médical professionnel.

A une époque où les médecins n'étaient pas envahis par la « rosserie contemporaine », ils savaient rester à leur cabinet le temps nécessaire, et n'avaient pas hâte de le quitter pour aller faire une partie de cartes ou jouer au billard avec des *tailleurs et des cordonniers*, ainsi que cela se passe actuellement dans toutes les grandes villes.

Or, il y a quarante ans (j'en avais 17), j'accompagnais mon père chez un docteur d'une ville maritime (Rochefort-sur-Mer). Ce médecin de la marine, après avoir interrogé et examiné mon père, se mit à son bureau, ouvrit un livre grand comme les « grands livres » du commerce et rédigea son observation. J'étais debout derrière lui, je vis un numéro d'ordre, puis, l'observation rédigée, il répéta l'adresse sur un registre plus petit qui portait en marge des lettres alphabétiques.

Sur un troisième cahier il inscrivit la date de la consultation et vingt francs reçus.

La comptabilité Simonin, ou autre similaire, registres commodes qui nous sont généreusement distribués par certains spécialistes, comptabilité qui nous permet de présenter au juge de paix tout le compte d'un client pendant une année, jour par jour, mois par mois, ne doit être maculée d'aucune observation sur la maladie des clients, — ni diagnostic ni examen spécial.

Voilà donc la comptabilité à présenter au fisc, bien tenue jour par jour, et les agents n'auront pas à savoir si Madame X est venue pour une névralgie dentaire, dyspepsie ou métrite. Mais j'entends les objections : par ce temps, très pressé, les clients s'impatientent, — des *mufles* qui posent trois heures chez un dentiste, et ne veulent pas attendre une demi-heure chez un médecin !

Tout ce que je vous écris est si simple qu'on n'y avait pas pensé.

En résumé, une comptabilité bien tenue ne peut pas violer le secret professionnel.

Veuillez le dire.

Bien cordiales salutations.

Dr Grimault.

J'habite Nice *toute l'année*, veuillez garder mon adresse et m'adresser les numéros qui contiendront des objections. Je répondrai.

---

(1) *Loc. cit.*

Le service médical par roulement dans les petits hôpitaux

Monsieur le Directeur,

Conformément au vœu exprimé par le *Concours Médical* et les *Syndicats médicaux de France*, la Commission administrative de l'hospice de Castelnaudary, dont je suis le président, a établi le roulement des médecins dans le service hospitalier de cette ville de 9.000 habitants.

Un de nos confrères, un seul, se croyant lésé, proteste contre cette manière de faire, prétendant que cette innovation est une fantaisie de ma part et que les malades en souffriront.

Je vous demande donc en toute loyauté : 1° votre avis sur ce dernier point en particulier; 2° les noms des petites villes (de quelques unes au moins) où existe ce roulement à la satisfaction de tous.

Agréez mes salutations confraternelles.

Dr Durand.

Député de l'Aude, maire de Castelnaudary.
7, rue Valentin-Haüy.
Paris.

Notre réponse :

Monsieur le Député et cher confrère ;

Il me faudrait faire de longues recherches pour vous énumérer les hôpitaux analogues au votre où a été institué le service du roulement entre tous les médecins, après un *stage de chaque nouveau venu qui permette à la population et à l'administration de connaître ce dernier et par conséquent de lui faire confiance.*

Mais ils sont déjà nombreux et surtout s'en sont bien trouvés. C'est la seule solution équitable qui mette au service d'un établissement hospitalier toutes les bonnes volontés et les compétences locales. L'expérience est unanime en sa faveur, et je serais même curieux de savoir quelles assertions exactes un médecin peut élever contre elle sans accuser impudemment ses confrères d'incapacité ou de négligence. Que si même ces reproches avaient une apparence de fondement, j'affirme que la collaboration de tous les médecins à la tâche commune aurait bien plus vite fait pour y remédier que les communiqués de la Commission administrative, les blâmes ou les révocations.

Meulan, Sèvres, Albertville et bien d'autres sont sous ce régime depuis longtemps : il en est de même de Coutances depuis quelques années (demandez à mon ami le docteur Dudouyt), son député. On n'aperçoit pas pourquoi l'esprit démocratique de notre époque ne généralise pas plus vite cette mesure.

En tout cas, mon cher confrère, je vous félicite chaleureusement d'avoir pris cette mesure et je suis convaincu que vous en aurez toute satisfaction.

Agréez, je vous prie, mes confraternelles salutations.

Dr Jeanne.

Questions de pratique médicale en Algérie.

K., 15 octobre 1906.

Mon cher confrère,

C'est encore moi qui viens abuser de votre temps 1° pour vous raconter une petite victoire au sujet d'une question de principe. 2° Pour savoir si certains actes d'une sage-femme et d'une matrone indigène de l'endroit sont ou non de l'exercice illégal de la médecine.

Voici d'abord mon petit succès : Les douaniers, moyennant 2 % de retenue versés dans la Caisse du Gouvernement ont toujours eu droit aux soins gratuits et médicaments gratuits seulement, jadis, leur administration rétribuait le médecin qui les soignait. Un beau jour, la Caisse se trouva en débet

comme toute caisse gouvernementale qui se respecte. Que faire ? Supprimer le traitement du médecin, voilà tout ! Donc, en 1896, décret du Gouverneur général de cette époque, décidant que les médecins de colonisation seraient obligés de soigner la douane pour le bonheur de faire faire des économies au Gouvernement. Je dis la douane, je me trompe, c'est « Les préposés et sous-officiers » ainsi que leurs familles directes habitant sous leur toit ! Naturellement on en profita pour ne pas payer les soins donnés aux officiers et à leur famille. Les médecins, toujours pigeons, se laissèrent faire. Quand j'ai été nommé médecin de colonisation il y a sept mois, je n'ai pas trouvé la situation à mon goût. Ayant donné une consultation à la fille du lieutenant, j'ai envoyé ma note au père. Protestations de celui-ci, plainte à la Direction. Enfin grand tapage dans le Landernau aux képis-verts..... Finalement, décision du Gouverneur général actuel me donnant raison et déclarant que les officiers versant leur 2 %, la masse leur devait médecin et pharmacien ; que le médecin n'était pas obligé de soigner les officiers gratuitement et que, par conséquent, je serais payé tous les trimestres des soins donnés aux officiers d'après le tarif que j'ai demandé et qui est mon tarif général sans aucune modification. Cela ne me rapportera presque rien, mais je ne sois pas pourquoi je ferais un cadeau à une Caisse qui ne paie pas mes impôts pour moi. Le malheur, c'est que les collègues en Algérie sont presque tous dans un état d'apathie désolant.

Pour la sage-femme, voici ce qui se passe :

Les Juifs ici se marient sans officier d'état-civil, simplement devant un rabin. Leurs démêlés se règlent également entre eux. Ils évitent notre justice autant qu'ils le peuvent. Enfin un homme répudie sa femme comme aux temps bibliques. Un tour chez le rabin et c'est fini.

Or, beaucoup de parents passent entre eux un contrat stipulant qu'ils marient ce jour-là leurs enfants âgés de 8, 10, ou 12 ans mais que le mariage ne sera consommé que six ou 8 ans plus tard. La fille est confiée aux parents du garçon. La moitié du temps la fille est renvoyée chez elle pour une raison ou une autre avant le temps fixé par le contrat pour que le gamin en devienne réellement le mari. Comme bien souvent celui-ci a pris des acomptes, les parents de la fille font examiner celle-ci afin de savoir les dégâts commis et pour pouvoir réclamer aux parents du garçon des dommages et intérêts en raison de la dépréciation subie par elle et des difficultés que présentera dorénavant son placement. Pour ces examens, ils s'adressent toujours à la sage-femme dont la parole fait foi. Est-ce légal ou est-ce de l'exercice illégal de la médecine ?

Pour la matrone indigène, voici ce qui se passe.

Vous savez peut-être que sur 10 naissances arabes, surtout dans les douars, il y en a neuf qui ne sont pas inscrites. Donc pas d'âge officiel. Les Arabes, dans les douars éloignés, quand ils *achètent* une femme se contentent de prévenir la Djemmâà (assemblée de notables) et personne ne s'inquiète de l'âge de la fille. On en marie âgées de 7 à 9 ans. Dans les centres, au contraire, les indigènes doivent se marier devant le Cadi (officier d'état civil indigène et juge de paix indigène). Celui-ci a des registres de mariages, naissances, décès, divorces, héritages, soumis au contrôle de la justice française. Si une plainte est déposée contre lui pour avoir marié une fille non encore nubile et que cette plainte soit prouvée, il peut subir des peines disciplinaires très graves. Il est donc une coutume dans tous les cas douteux d'exiger que la future soit examinée pour savoir si elle est nubile. Or, partout où je suis passé c'était le médecin de colonisation ou le médecin communal qui délivrait les certificats positifs ou négatifs. *Ici c'est une vieille négresse* ! Je sais bien que lors de notre installation en Algérie, le traité de paix déclara que les Indigènes seraient libres de se soigner entre eux. Mais, ici, il ne s'agit pas de traitements médicamenteux ; il s'agit d'un examen qui sert de base à un acte d'état civil fait sous le contrôle de la justice française.

Donc la sage-femme et la matrone font elles de l'exercice illégal de la médecine et suis-je en droit d'interrompre le cours de leurs exploits ?

Pardon, mon cher cher confrère, de vous prendre tant de temps avec une si longue lettre et veuillez agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr G. Rouche,

Médecin de Colonisation à Kheuchela (Constantine).
Membre du *Concours* et du *Sou*.

N. D. L. R. Notre confrère a eu satisfaction en s'adressant au gouvernement général pour le service médical de la douane : nous l'en félicitons.

Ne pourrait-il pas aussi lui poser la question suivante :

« Alors que les tribunaux français ne con- « fient l'expertise qu'à des médecins nommés par « eux, la justice algérienne ne doit-elle pas être « obligée de faire confiance au médecin de colo- « nisation plutôt qu'à la sage-femme et surtout « aux matrones arabes ? »

On ne prêcherait sans doute pas la guerre sainte devant cette satisfaction accordée au savoir et au bon sens.

Liberté de choix du médecin et tarif ouvrier.

Monsieur le Directeur,

L'approbation générale accueillera les décisions prises, les vœux emis dans la réunion du Concours (16 nov.) en ce qui concerne la liberté de confiance pour les malades et le tarif-accidents.

A propos de ce tarif, voulez vous me permettre de citer un petit fait qui prouve la possibilité d'appliquer le tarif ouvrier.

L'Administration des Ponts et Chaussées pour ses cantonniers paie toujours *ce qu'on lui réclame* sans marchander, c'est-à-dire 2 fr. pour la consultation et ainsi du reste. Jamais de discussion ni aucune difficulté.

Vous voyez, l'Etat, entrepreneur de routes, paie pour ses ouvriers au *tarif ordinaire*. Pourquoi serait-il pris d'attendrissement en face des Cies d'assurances et leur assurerait-il des prix moindres que ceux qu'il paie lui même ? Voilà, il me semble, un argument d'une certaine valeur.

Notons, en passant, que les Cies d'assurances sur la vie songent aussi à obtenir un tarif pour leurs examens. Récemment, un inspecteur me faisait remarquer que si les médecins acceptent le tarif-accidents ils n'ont aucune raison pour repousser le tarif établi d'un commun accord par les Cies d'assurances vie. Pour ma part je repousse, l'un et l'autre et, seul, mon tarif personnel a cours chez moi.

Lors de la révision de 1907, il y aurait donc lieu de porter notre attention particulière sur le prix des *expertises* assez facilement assimilable à celui des examens pour l'assurance vie.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, mes biens sincères salutations.

Lemelletier.

BULLETIN DES SOCIÉTÉS D'INTÉRÊT PROFESSIONNEL

Fédération des Syndicats médicaux de l'Eure

Secrétariat 3, rue de l'Horloge Evreux,

A 2 heure 1/2, le dimanche 25 novembre 1906, la Commission fédérative, réunie à l'Hôtel de Ville d'Evreux procède, sous la présidence provisoire du bureau de l'Association, à l'élection de son bureau.

Sont présents : MM. Martelli, Couraud, Lerat, Régimbart, Thirard, Planel, Mesnil, Poinot, Jouve Veslin, Dussac, Moisson.

L'absence des confrères Harou, Omont, Blin, Jagu, Galtier et Oursel, est vivement regrettée.

L'élection du bureau comprend :

1° Un président: le docteur Martelli, de Rugles, nommé par 12 voix sur 13 votants.

Une voix est donnée au docteur Couraud de Damville

2° Un secrétaire-trésorier : le docteur Thirard d'Evreux, nommé par 12 voix sur 13 votants.

Une voix au docteur Régimbart d'Evreux.

3° L'adjonction comme assesseurs des quatre présidents des syndicats auxquels n'appartient pas le président de la Fédération :

Le docteur Planel (Syndicat de Bernay) ;
Le docteur Poinot (Syndicat de Louviers) ;
Le docteur Jagu (Syndicat des Andelys) ;
Le docteur Harou (Syndicat de Pont-Audemer;
Et le président de l'Association des médecins de l'Eure, le docteur Veslin.

Le bureau de la Fédération prend la présidence et il est procédé à l'adoption des statuts précédemment élaborés, et ainsi conçus:

ARTICLE PREMIER

Il est constitué entre les Syndicats médicaux du département de l'Eure une fédération dite : « Union des Syndicats d'arrondissement du département ».

Cette Union, qui est l'émanation de tous les Syndicats d'arrondissement, est fondée en vue de la défense des intérêts professionnels, communs à tous ces syndicats,

ARTICLE II

Le siège social de la Fédération est fixé à Evreux 3, rue de l'Horloge, au domicile du Dr Thirard. Le nombre des Syndicats adhérents n'est pas limité.

ARTICLE III

Cette commission fédérative comprend :

1° Les présidents de Syndicats d'arrondissement ou leur représentants ;

2° Les délégués des Syndicats d'arrondissement élus pour un an, et nommés à raison d'un délégué par dix membres et par fraction de dix membres ;

3° Le bureau de l'Association des médecins de l'Eure.

ARICLE IV

Cette Fédération est administrée par un bureau composé de :

1° Un président ;

2° Un secrétaire-trésorier,

Elus pour trois ans, au bulletin secret, par les membres de la commission fédérative, à la majorité des votants ;

Ces membres du bureau sont rééligibles ;

3° Cinq assesseurs, dont quatre seront les présidents des Syndicats, auxquels n'appartient pas le président élu de la Fédération, et le cinquième, le président de l'Association de l'Eure.

En cas d'absence du président, il sera remplacé à la présidence par le doyen d'âge des assesseurs.

ARTICLE V

Le bureau se réunit tous les trois mois, au siège social, pour connaître des affaires courantes.

La commission fédérative aura deux réunions semestrielles au mois de juillet et au mois de novembre, après l'assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France.

La première de ces réunions comprendra la convocation de tous les syndiqués du département et devra coïncider avec le jour de l'assemblée générale de l'Association des médecins de l'Eure.

Elle se réunit ; en outre, toutes les fois que les intérêts professionnels l'exigent, sur la convocation de son bureau ou sur la demande formelle d'un ou de plusieurs syndicats.

ARTICLE VI

Chaque syndicat adhérent doit donner connaissance au bureau de la Fédération, des délibérations prises et des motions votées dans ses réunions.

De même, il fera connaître les admissions et les démissions qui pourront avoir lieu, et un compte rendu devra en être adressé, dans un délai convenable :

1° A tous les confrères du département de l'Eure ;

2° Au *Concours médical* et au *Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux de France* ;

3° Aux publications médicales qui soutiennent la cause des syndicats.

ARTICLE VII

Chaque année, un membre de la commission sera délégué à l'assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Il pourra être accompagné de délégués des syndicats et devra rendre compte dans la réunion suivante de la Fédération, des questions traitées à cette assemblée générale.

ARTICLE VIII

Toute question, pour être discutée, devra être portée à l'ordre du jour.

En cas d'urgence, le bureau devra en être saisi suffisamment à temps afin de pouvoir en délibérer avant la réunion semestrielle ou l'assemblée générale.

ARTICLE IX

Le fonds social est constitué par les cotisations des Syndicats à raison d'un franc par membre et par an.

Ces cotisations seront recueillies par les trésoriers des Syndicats, afin d'être centralisées chez le secrétaire-trésorier de la Fédération, dans le premier trimestre de chaque année.

ARTICLE X

En cas de dissolution de la Fédération des Syndicats, laquelle ne pourra être prononcée que par les deux tiers, au moins, des membres participants, l'avoir de l'Union des Syndicats du département sera versé à la caisse de la Societé de Prévoyance et Secours mutuels des médecins de l'Eure.

Vient ensuite la question de la vaccination. Après une discussion prolongée, il a été voté à l'unanimité que nous devions adresser à la préfecture une lettre dans laquelle il serait dit que nous revenions sur nos décisions antérieures et que nous refusions absolument de vacciner à partir du 1er janvier 1907, aussi bien au lieu de notre résidence que dans toutes les autres com-

munes, pour la somme de cinquante centimes, qui nous a été proposée.

Le confrère Jouve, parlant au nom du Syndicat des Andelys, demandait que tout médecin remercié par l'administration ne puisse être remplacé dans ses fonctions par un autre confrère syndiqué. Après divers échanges de vue, tous se sont ralliés à la rédaction du docteur Poinot, disant que : « si un confrère est relevé de ses fonctions administratives, aucun des médecins syndiqués n'acceptera ces fonctions, sans y être « autorisé par les présidents de la Fédération et « de l'Association de l'Eure, qui pourront toujours consulter le bureau de la Fédération s'ils « le jugent nécessaire ».

Le docteur Thirard lit une lettre-circulaire qu'il propose d'adresser à tous les médecins du département et dans laquelle il signale le nouvel arrêté préfectoral sur l'assistance médicale gratuite limitant le choix du malade à un seul médecin pendant le cours de l'année. Il passe ensuite en revue les questions générales traitées à l'assemblée du *Concours médical* du 18 novembre et fait remarquer qu'elles doivent être l'objet de notre attention et faire le sujet des travaux ultérieurs de la Fédération. Cette circulaire est adoptée et se trouve jointe à l'envoi du compte rendu.

Le Syndicat de Bernay, par l'intermédiaire du docteur Planel, demandait que des délégués fussent adjoints au bureau dans les démarches à faire auprès des pouvoirs publics, mais cette proposition est repoussée.

Le même syndicat désirait connaître l'avis de la Fédération sur la réforme du syndicalisme médical (projet Bolliet de la Fédération du Sud-Est). Rapportant l'opinion de l'Union des Syndicats médicaux de France, il a été admis qu'on pouvait créer des fédérations régionales, à la condition formelle que toutes fussent agrégées à l'Union centrale des Syndicats médicaux de France. D'ailleurs, cette question sera mise à l'ordre du jour de la prochaine réunion.

La séance est levée à 4 heures 1/2, après épuisement de l'ordre du jour.

Le Secrétaire de la Fédération,

Dr THIRARD.

NOTA. Il résulte de ce compte rendu qu'il doit être bien entendu qu'aucun confrère du département ne pratiquera, jusqu'à nouvel ordre, les vaccinations prévues par la loi et aux conditions proposées par l'administration (c'est-à-dire 0,50 centimes par vaccination).

En cas de demandes adressées en particulier aux confrères par la préfecture, nous conseillons de ne donner aucune réponse et de s'en rapporter aux décisions qui seront prises ultérieurement par la Fédération des Syndicats médicaux de l'Eure.

AVIS IMPORTANT

TARIF DES HONORAIRES DE LA LOI ACCIDENTS DU TRAVAIL

Toutes les circonscriptions médicales de l'Eure dont les confrères ont adressé en 1905, au ministère du commerce, les demandes prévues avec les pièces justificatives nécessaires, ont droit à 2 francs par visite et 1 50 par consultation depuis le décret du 26 juillet 1906.

(Evreux et Vernon seuls font exception et sont à 2 fr. 50 la visite.)

Par la lettre ci-dessous tous les médecins de l'Eure ont été informés de la constitution de la Fédération départementale et de son ordre du jour actuel.

Evreux, le 25 novembre 1906.

Monsieur et cher Confrère,

Il y a un an, poussés par la nécessité de défendre nos intérêts, nous avons créé les syndicats médicaux d'arrondissement de l'Eure.

Aujourd'hui nous croyons nécessaire d'établir un lien inter-syndical, destiné à centraliser nos aspirations et à provoquer la solution des questions qui intéressent le corps médical tout entier du département; dans ce but, nous venons de fonder la Fédération des syndicats d'arrondissement de l'Eure.

N'oublions pas toutefois que le Syndicat demeure l'organe officiel, que la loi reconnaît et auquel chacun de nous doit appartenir.

Quel sera le programme actuel de notre Fédération syndicale ?

I

Dans l'ordre des affaires départementales.

L'Assistance médicale gratuite doit attirer notre attention avec l'article premier du nouvel arrêté préfectoral en date du 17 septembre 1906, par lequel le choix du malade est limité à un seul médecin pendant le cours de l'année. En est-il parmi nous qui puissent accepter que, rendus auprès d'un indigent à 10 kilomètres par exemple, ils constatent que la feuille, destinée à un autre confrère, ne leur donne droit à aucune indemnité ? Enfin sommes-nous forcés de devenir, sans acceptation préalable de notre part, le médecin de malades qu'il pourrait nous déplaire, pour une cause quelconque, de compter au nombre de nos clients ?

La *Vaccination*, pour laquelle toute indemnité de déplacement nous a été refusée, ne devra plus compter sur le concours du corps médical de l'Eure. A partir du 1er janvier 1907 nous ne devrons vacciner ni au lieu de notre résidence, ni dans aucune autre commune pour la somme de cinquante centimes qu'on nous avait proposée. Une lettre collective a été adressée à ce sujet à l'administration préfectorale pour dénoncer l'entente provisoirement établie.

II

A un point de vue plus général, aucun de nous n'ignore la question brûlante de :

La *Réforme des études médicales et l'abrogation du Certificat d'Etudes médicales Supérieures* et tous demandent que le corps des praticiens puisse émettre son avis dans la question.

La *Révision de la loi Accidents du Travail* doit avoir lieu en 1907 et chaque médecin a manifestement des doléances à exprimer. Enfin les *Rapports du corps médical avec les mutualités* ne peuvent s'établir sur une base durable qu'aux deux conditions suivantes:

Libre choix du médecin.

Paiement des honoraires à la visite.

Toutes ces questions générales doivent être traitées dans un *Congrès des praticiens* qui se tiendra à Paris en avril 1907 et les délégués seuls des syndicats auront un droit de vote proportionnel au nombre de Syndiqués qu'ils représenteront.

Nous appelons en conséquence l'attention de tous nos confrères sur ces questions qui résument les aspirations légitimes du corps médical et nous dirons.

Aux Syndiqués de prendre une part active dans l'Organisation de la défense qui se prépare ;

Et *aux Isolés* de se rappeler que nos gouvernants

eux-mêmes ne reconnaissent, à l'occasion, que les demandes formulées au nom d'une collectivité.

Chacun doit faire abstraction des questions personnelles et s'unir pour l'intérêt commun qui ne peut léser en aucune façon l'intérêt particulier bien compris.

Veuillez agréer, Monsieur et cher Confrère, l'expression de nos sentiments bien dévoués.

Le Président de la Fédération
Dr Martelli, de Rugles.

Le Secrétaire
Dr Thirard, d'Evreux.

NOTA.—Les adhésions seront reçues dans chaque syndicat d'arrondissement, qui recueillera les doléances de ses syndiqués pour les centraliser à Evreux au siège de la Fédération, où un travail d'ensemble sera établi sur les questions ci-dessus.

Groupe médical parlementaire

Le groupe médical parlementaire s'est réuni jeudi, 6 décembre, à 1 heure et demie, au Palais-Bourbon, sous la présidence de M. le sénateur Léon Labbé.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le *Certificat d'études médicales supérieures.*

M. Reymond, sénateur, fait un exposé très complet de la question : il expose les résultats de la campagne entreprise par la *Société de l'Internat* ; sous la présidence de M. le docteur Vaquez, internes et anciens internes se sont réunis ; un questionnaire a été adressé à ceux que l'éloignement avaient empêchés d'assister à la séance.

714 internes ou anciens internes ont répondu.

687 demandent le retrait pur et simple du décret.

6 se sont abstenus de formuler une opinion ;

30 réclament le maintien du décret.

Parmi ces anciens internes des hôpitaux de Paris, 71 occupent des situations éminentes (professeurs, agrégés, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, prosecteurs).

66 demandent que le décret soit maintenu.

5 sont d'un avis contraire.

Enfin 70 internes en exercice se déclarent hostiles au certificat.

M. Reymond s'attache à démontrer que la question du certificat ne peut être séparée de celle des modifications à apporter aux études médicales.

On aura beau changer le nom du certificat, l'accorder par voie de concours et non d'examen, il n'en constituera pas moins un moyen de recrutement déplorable pour l'enseignement. Le futur agrégé n'aura appris ni la clinique médicale, ni la pratique du laboratoire ; il n'aura fourni la preuve ni de son originalité personnelle, ni de ses dispositions à l'enseignement ; il aura une provision d'idées générales impersonnelles, puisées dans les livres.

Ce serait là un nouveau pas en arrière, accentuant le recul de l'enseignement médical dont la réforme est urgente.

M. Reymond propose l'adoption des résolutions suivantes :

1° Le décret du 26 juillet 1906 sera rapporté ;

2° Le certificat, quel que soit son titre, n'est pas en harmonie avec les principes d'enseignement technique et pratique qui, de l'avis unanime du corps médical français, doivent imposer la réforme des études ;

3° Il paraît urgent de réunir une commission de réforme des études médicales dans laquelle figurerait un certain nombre de praticiens.

M. Delpierre, député, se croit autorisé à dire que M. Briand, ministre de l'Instruction publique, aurait retiré le décret.

M. Reymond est d'avis qu'il convient d'envoyer une délégation à M. Briand pour lui faire connaître les desiderata du groupe parlementaire, non seulement sur le décret, mais sur la réorganisation des études médicales.

M. Pechadre, député, après quelques explications, propose d'émettre le vœu que, dans le cas où le Conseil supérieur croirait devoir fixer un mode de classement des candidats à l'agrégation, cette question soit réglée sans titre spécial, ni scolarité prolongée.

M. Saillard, sénateur, ancien directeur de l'Ecole de médecine de Besançon, rappelle les conditions de l'exercice de la médecine sur les frontières de l'Est ; les confrères sont aux prises avec la concurrence des médecins suisses : créer un nouveau diplôme serait mettre les praticiens français en état d'infériorité avec les praticiens voisins : il insiste pour que le décret soit rapporté.

Après une discussion à laquelle prennent part la plupart des membres, l'assemblée vote successivement et à l'unanimité les propositions formulées par M. Reymond : elle décide d'envoyer à M. le ministre les décisions du groupe médical parlementaire, qui lui seront apportées par une délégation composée de MM :

Labbé, *président.*
Dubuisson, Lannelongue } *vice-présidents.*
Pédebidou, Devins } *secrétaires.*
Saillard et Reymond.

Les secrétaires :
Dr Ad. Pédebidou.
Dr Devins.

Cette délégation a été reçue vendredi matin par M. le ministre de l'Instruction publique, qui a promis de tenir compte dans la plus large mesure des désirs du groupe parlementaire : il a annoncé la prochaine constitution d'une commission chargée d'étudier la réorganisation des études médicales, dans laquelle, à côté des professeurs, prendront place des praticiens.

Syndicat des médecins du Rhône

Lyon, le 13 décembre 1906.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous communiquer l'ordre du jour suivant voté par le Syndicat des médecins du Rhône, dans sa séance du 12 décembre.

« La Chambre syndicale des médecins du « Rhône décide de donner mandat aux re- « présentants des médecins à la Commission « ministérielle des accidents du travail, *de faire « accepter le tarif ouvrier de l'Union des Syndicats « médicaux de France aux lieu et place du tarif « ministériel actuel.* »

Recevez, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments.

Le secrétaire-adjoint,

Paul Casella.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français

Séance du comité du 18 novembre 1906

Présidence du Dr Lande.

Etaient présents : les Drs Maurat, Gassot, Verdalle, Jeanne et Delefosse.

Le secrétaire général lit les lettres reçues. Il présente les candidatures nouvelles.

Il fait part des réponses envoyées à différentes demandes.

Il explique entre autres que c'est à tort que des adhérents demandent à contre-assurer les primes versées avant l'établissement légal, par l'assemblée générale, du chapitre de la contre-assurance. Il n'est pas possible de faire droit à leur demande.

Il est loisible aux adhérents :

1° De contre-assurer à la Caisse, les primes qu'ils doivent encore verser jusqu'à 60 ans, lorsqu'ils font cette demande.

2° De s'assurer, en cas de décès, à une compagnie d'assurance ou à la Caisse de la vieillesse pour la somme des primes déjà versées avant de prendre la contre assurance.

En résumé la contre assurance n'a pas d'effet rétro-actif.

Le secrétaire général demande la réimpresion des statuts, les exemplaires actuels étant épuisés. (*Accordé*).

Il est décidé que les membres du comité remettront au sociétaire, avant cette impression, les indications qu'ils jugeraient convenables d'être imprimées pour expliquer ou compléter ces statuts.

M. le trésorier demande que les convocations et les imprimés adressés aux membres adhérents soient toujours « recommandés. » (*Accordé*).

M. le trésorier fait part que le Dr R., qui avait d'abord eu les idées de suspendre ses versements les continue jusqu'à la retraite.

M. T., qui avait donné sa démission et accepté le remboursement des primes versées, demande à rentrer dans la Caisse aux mêmes conditions qu'antérieurement.

L'actuaire consulté dit que M. T. ne peut être traité que comme un nouvel adhérent et payer une prime proportionnelle à son âge actuel.

Le comité décide 1° que le trésorier est autorisé, avec les deux membres délégués près de lui, MM. Maurat et Jeanne, à toucher le montant de l'obligation de la Banque hypothécaire de France 1880, amorti au dernier tirage n° 67405.

3° Le trésorier est autorisé à toucher le montant du titre de 15 fr. de rente amortissable, amorti au tirage dernier.

Les statuts seront tirés à 2000 exemplaires.

Le trésorier lit la situation de la caisse.

Situation au 31 octobre 1906.

Recettes.

Cotisations		56.268 10
Intérêts	20.730 96	
Remboursements	3.953 24	
Portefeuille		24.684 20
Subvention de l'Etat		188 00
Solde créditeur au 1er janvier		2.086 35
Total		83.226 65

Dépenses.
(Frais généraux).

Trésorier	550 80		
Secrétaire	1.030 00		
Banques	575 00		
Total		2.155 80	
Remboursements		3.796 00	
Achat de valeurs		35.522 50	
Retraites		27.786 15	
Total			69.260 45
En caisse au 31 octobre			13.966 20
Egal			83.226 65

Certifié exact et conforme aux écritures du livre de caisse.

Cannes, le 1er novembre.

Dr H. Verdalle.

La séance est levée après l'examen des comptes.

Le secrétaire général,

Dr Delefosse.

Un nouveau Syndicat.

Romans, 14 novembre 1906.

Chers Confrères,

Les médecins des cantons de Romans et Bourg-de-Péage viennent de se constituer en syndicat sous la dénomination de (syndicat médical de la Basse-Isère). La première réunion a eu lieu lundi 12 novembre. Le premier acte du syndicat a été de voter 5 francs pour la souscription en faveur du Dr Mignon.

Je m'empresse de vous adresser cette somme plus les 3 francs montant des brochures que vous m'avez adressées.

Ci-joint un mandat poste de 8 fr.

Veuillez agréer mes remerciments pour l'avance de vos brochures.

Dr Perret.

Association professionnelle médicale du territoire de Belfort.

Assemblée générale du 25 novembre 1906

Présidence du Dr Bardy,

Le Président fait remarquer que jamais l'Assemblée n'a été aussi nombreuse qu'aujourd'hui et que le syndicat comprend actuellement tous les médecins de la région, sauf 6, dont 3 sont âgés de plus de 80 ans et n'exercent plus guère !

Tous les membres du syndicat sont présents (19) ou représentés par procuration (6).

La question mise en tête de l'ordre du jour est celle du certificat d'études médicales supérieures.

Après discusssion, le Président donne lecture de l'ordre du jour adopté par le syndicat de Lille et de la région et demande à l'Assemblée de s'associer à cette protestation.

A l'unanimité, le syndicat du Haut-Rhin, adopte les motifs émis par le syndicat de Lille.

1° Proteste avec énergie contre le décret du 25 juillet 1906.

2° Fait appel à tous les praticiens de France et à tous les groupements professionnels :

3° S'associera à toutes mesures susceptibles de faire rapporter le décret du 25 juillet 1906 ;

4° Approuve dès maintenant, pour faire bloc avec toutes les forces cohérées de la démocratie médicale, l'organisation d'un Congrès de réorganisation syndicale des praticiens de France ;

5° Adopte le projet de réorganisation syndicale par fédérations régionales et Union nationale des syndicats médicaux.

Le Syndicat adopte ensuite, sur la proposition d'un de ses membres, un nouveau tarif pour les Sociétés de secours mutuels, repousse le projet d'organisation d une loterie médicale, et après avoir savouré l'excellent menu de son banquet bisannuel se sépare en plusieurs groupes amicaux qui vont continuer ailleurs leurs conversations confraternelles.

Le Président : BARDY.

BIBLIOGRAPHIE

Notes d'un excursionniste en Allemagne, par le Dr CHARPENTIER (de Meaux). In-18 de 175 p. Hachette, éditeurs.

Voici un charmant petit livre, vibrant, pimpant, alerte, vécu, que je recommande particulièrement à ceux qui entreprendront un voyage analogue, sous la direction de M. Etienne Buzet, le fils d'un de nos plus sympathiques confrères de l'Yonne. L'aimable docteur Charpentier a bien raison de dire que « s'ils déforment les habits et forment la jeunesse, les voyages, surtout à l'étranger, profitent plus encore à la vieillesse».

On ne saurait le blâmer, après ce qu'il a vu et si bien narré, de nous servir quelques bonnes vérités, de rappeler les Français à la modestie, au lieu de les laisser s'hynoptiser dans une admiration béate. Il ne craint même pas de constater, avec regret du reste, que la femme allemande est généralement plus cultivée que la française, qu'elle sait beaucoup et peut parler d'une foule de choses ignorées des nôtres.

Lisez du moins les pages consacrées à la chambre opératoire à air raréfié (p. 26) à la salle d'autopsie de Wiesbaden (p. 53), que je vous souhaite de ne jamais connaître comme sujet d'expérience, à la méthode d'immunisation contre la tuberculose exposée par von Behring lui-même (p. 83), au bureau central du service de santé (p. 106). Mention spéciale (p. 167) pour la sortie dirigée contre notre enseignement routinier si différent de celui des universités allemandes où tout concourt « à faciliter les recherches des professeurs, les études des élèves, à faire des uns des savants, des autres de bons cliniciens.»

Ce compte rendu plein d'aperçus savoureux ne peut que contribuer à dissiper des malentendus, et inciter les hésitants à franchir la frontière. La courtoisie de nos confrères allemands, spécialement du comité berlinois, leurs attentions délicates, les toasts vibrants où l'on a répété à satiété que la science n'avait pas de patrie, doivent nous engager à aller constater de nos propres yeux des perfectionnements réalisés par nos voisins, pour le plus grand bien de l'humanité.

Puisque la paix est universellement souhaitée, puisse le rapprochement des hommes de savoir être le prélude de celui des peuples !

Dr GRELLETY (de Vichy).

REPORTAGE MÉDICAL

Concours de médecin suppléant pour la maison de Nanterre. — Un concours pour deux places de médecin suppléant à la maison départementale de Nanterre s'ouvrira le lundi 14 janvier 1907, à 9 h. du matin, à l'Hôtel-Dieu, amphithéâtre Trousseau.

Le registre d'inscription ouvert à la Préfecture de police (Secrétariat général, service du Personnel) le 1er novembre à 10 h. du soir) sera clos le 31 décembre à 4 h. de l'après-midi.

Les candidats doivent être français, âgés de moins de 40 ans et docteurs en médecine d'une des Facultés de l'Etat.

Ils joindront à leur demande d'inscription, l'extrait de leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication de leurs titres scientifiques et hospitaliers, leurs états de service, s'il y a lieu, et tous autres documents qu'ils jugeraient utile de présenter.

La liste des membres du Jury sera communiquée aux candidats qui en feront la demande.

Tous liens de parenté ou d'alliance entre un des concurrents et un membre du Jury doivent être signalés à l'Administration, en vue de la modification du Jury.

ART. 3

Le Concours comprendra 3 épreuves.

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie interne.

Le sujet de cette composition sera tiré au sort entre 3 questions arrêtées et indiquées par le jury avant l'ouverture de la séance.

Deux heures seront accordées pour cette composition. Cette épreuve sera éliminatoire.

2° Une épreuve de titres.

10 minutes seront accordées à chaque candidat pour faire l'exposé de ses titres.

Les conditions d'élimination et d'administration seront identiques à celles adoptées pour les concours des des hôpitaux de Paris. Les candidats reçus au Concours nommés médecins suppléants seront, en cas de vacances dans les emplois de médecins titulaires promus à ces postes d'après leur ordre de classement. Sont nommés nombres du Jury du Concours M. les Drs :

Brousse : Conseiller général de la Seine ;

Dieulafoy : Professeur à la Faculté de Médecine de Paris ;

Hutinel ; Professeur à la Faculté de Médecine de Paris :

Laugier : Médecin à la Maison Départemental de Nanterre ;

Navarre : Conseiller Général de la Seine ;

Raymond : Chirurgien à la Maison Départementale de Nanterre ;

Sapelin : Médecin à la Maison Départementale de Nanterre ;

M. le Dr Dieulafoy remplira les fonctions de Président du Jury,

L'allaitement des nourrissons. — M. Durand, député de l'Aude, a déposé jeudi une proposition de loi destinée à donner aux femmes employées dans le commerce, l'industrie ou les grandes administrations, la possibilité d'allaiter leurs enfants.

Cette proposition, inspirée par des dispositions similaires qui existent à l'étranger, notamment en Portugal, Espagne et Italie, comble une lacune de notre législation et aurait pour résultat, sans aucune charge pour le budget, d'abaisser considérablement la mortalité infantile très élevée, surtout dans les centres ouvriers. La proposition a été renvoyée à la commission du travail après déclaration d'urgence.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON 3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodique médicales.

Vingt-huitième année N° 52 30 DÉCEMBRE 1906

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

Cliniques — Médecine et Chirurgie pratiques — Hygiène.

Etudes, dans des articles spéciaux, des Inventions nouvelles et des Médicaments récemment introduits dans la Thérapeutique — Presse étrangère.

Médecine publique — Déontologie — Intérêts professionnels.

Reportage médical — Varia — Correspondance hebdomadaire.

ÉTUDES ET PROJETS — FEUILLETON — BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

Les Comités départementaux du Congrès des Praticiens

Notre vœu pour 1907.

L'année 1906 se termine : on sait ce qu'elle a été pour le corps médical.

Des succès pour la défense professionnelle ont été enregistrés. [Beaucoup ? Non, certes.] Assez cependant pour montrer que l'énergie et l'entente nous en procureront en proportion du soin que nous prendrons de *vouloir et d'agir*.

Mais 1907 commence au milieu de l'agitation créée par le fameux *Certificat d'études médicales supérieures*, ce récent et dernier avatar du mandarinat, que nous a légué un passé en désaccord absolu avec l'état social présent et futur.

Tous les praticiens se lèvent, en révolte contre toutes les injustices et les exactions dont ils souffrent : on ne parle que d'états généraux, de cahiers des revendications, etc.; cela sent la poudre.

Un Comité constitué par les groupements a été chargé de préparer vite l'expression à la fois méthodique et éclatante des vœux de tous les praticiens. Il se hâte d'agir afin de conserver les concours qui s'offrent sous le coup de l'émotion et de ne pas laisser tomber l'enthousiasme qui provoqua la levée en masse.

Sa grosse préoccupation actuelle est la formation, dans chaque département, d'un comité local composé de trois ou quatre hommes résolus, actifs, ayant la confiance de leurs camarades et capables de réunir, de leur propre initiative, au chef-lieu ou ailleurs, tous les confrères du département, syndiqués ou non, et de leur tenir à peu près le langage suivant :

« Voulez-vous que nous rédigions en quelques pages et d'ici quinze jours tout ce que réclament les praticiens de cette région ? Pas n'est besoin de longs discours ; les procès-verbaux à résumer et rien de plus.

« Voulez-vous qu'ensuite quelques-uns aillent, en notre nom à tous, porter ce cahier à Pa-« ris au rendez-vous fixé par le comité général, « et nommer une Commission permanente qui, « rapprochant les cahiers de tous les départe-« ments, poursuivra ensuite ardemment la lutte « en faveur de nos revendications ?

« Voulez-vous donner mandat à ces délégués « de voter à Paris la transformation pratique de « l'enseignement médical sur les bases qui leur « seront proposées pour l'adapter aux exigences « de la santé publique ?

« Voulez-vous qu'ils aillent affirmer là-bas que « tout syndicat médical qui veut être vraiment « un syndicat et non une chapelle doit baser son « programme sur la liberté de chaque citoyen « français de se faire soigner par l'homme qui « a sa confiance, sans souci des ingérences de « collectivités en quête de spéculation finan-« cière, et que tout médecin qui se prête

« aux tendances monopolisatrices de celles ci, « qui s'en fait l'agent ou le bénéficiaire, mé« connaît le caractère de notre profession ?

« Si vous partagez ces désirs et ces vues, nom« mez aujourd'hui même ces quelques délégués « et, demain, vous serez associés et représentés « par eux aux actes du comité général et aux as« sises du corps médical français que ce comité « prépare pour avril 1907. »

Eh bien, telle a été jusqu'ici l'inertie du corps médical que le *Comité central de préparation du Congrès des Praticiens* n'est pas unanime à espérer que les deux ou trois bonnes volontés cherchées dans chaque département vont s'inscrire sans retard au secrétariat général, Dr Leredde, 21, rue de la Boëtie, ou dans les bureaux de l'A. G., de l'Union des syndicats, du Concours médical. »

Ceux qui ne veulent jamais douter ont été mis au défi d'obtenir ce résultat avant le 15 janvier. Notre vœu le plus cher, pour le corps médical et pour nos lecteurs, est que la foi de ceux-là soit récompensée, car, ceci obtenu, tout le reste est assuré.

Qui veut faire partie de son comité départemental, et organiser la réponse corporative à l'appel ci-dessous ? Dr H. JEANNE.

ASSEMBLÉE NATIONALE DES MÉDECINS DE FRANCE

(*Congrès des Praticiens*)

(Réforme de l'enseignement médical. Libre choix du médecin)

COMITÉ D'ORGANISATION.

Président : Dr DUBUISSON, député.

Vice-présidents: Dr COPPENS (Lille) ; Dr DUCOR, (Paris) ; Dr GAIRAL (Carignan, Ardennes) ; Dr HUCHARD (Paris) ; Dr JEANNE (Meulan, Seine-et-Oise) ; Dr LEREBOULLET (Paris) ; Dr REYMOND, Sénateur ; Dr SMESTER, (Paris).

Secrétaire-général : Dr LEREDDE (Paris).

Secrétaires-adjoints : MM. LAFONTAINE ET TILLOY (Paris).

Trésorier-général : Dr GOUFFIER (Neuilly-sur-Seine).

Mon cher Confrère,

Nous venons demander votre adhsion au Congrès des Praticiens, qui se tienddra à Paris, en avril 1907, sous le patronage d'un grand nombre de Sociétés scientifiques et professionnelles, en particulier de l'Union des Syndicats médicaux de France, de la Fédération du Nord, de l'Association des Médecins de France, du Concours médical, du Sou Médical, du Syndicat général des oculistes, du Conseil général des Sociétés d'arrondissement de Paris et du département de la Seine, de la Société de Médecine de Paris, des Syndicats médicaux de la Seine, du Rhône, du Puy-de-Dôme, des Deux-Sèvres et de la Vallée-du-Rhône, de l'arrondissement de Versailles, de la Société des Anciens Internes de Versailles, des Praticiens de Lille, de l'Association corporative des Etudiants en Médecine de Paris.

***

Le Congrès a pour origines le mouvement qui s'est produit depuis deux ans dans un grand nombre de Sociétés et d'associations médicales, en faveur de la réforme des études dans un sens pratique et professionnel, la lutte active engagée par nos confrères, à Paris et en province, contre le Certificat d'études médicales supérieures, et la création d'un diplôme dangereux pour nous tous, — la conscience croissante que nous prenons de nos droits, de nos devoirs, de tous nos intérêts, présents et à venir.

Le certificat d'études médicales supérieures aura vécu, si nous continuons à agir d'une manière solidaire. Mais notre action s'étend plus loin : nous ne voulons plus craindre à l'avenir la formation de classes dans le milieu médical. Nous voulons vivre dans une élite et non à côté d'hommes séparés de nous par des brevets, des certificats et des diplômes.

Le corps médical demande que le corps enseignant ne soit plus isolé des médecins praticiens, il réclame des écoles largement ouvertes et non des facultés fermées. Il veut ignorer pourquoi tant de médecins chargés, en fait, de l'enseignement clinique, et d'abord ceux des hôpitaux, restent en dehors d'elles, pourquoi sont perdues tant de bonnes volontés, et pourquoi sont égarées tant de forces fécondes. Il demande que le médecin puisse, au cours de sa vie, renouveler les notions acquises dans son jeune âge, compléter son instruction lorsqu'il la jugera vieillie. Il sait qu'aucun de nos maîtres n'a reçu une éducation comparable à celle qu'on impose à l'étudiant d'aujourd'hui.

Pour remplir son rôle social, le médecin doit être armé au moment de ses études, recevoir l'éducation technique qui lui est indispensable et dont l'insuffisance est peut-être une des causes de la crise médicale. Sa pensée, son expérience, doivent se former à l'hôpital, au contact de ses maîtres, de ses camarades et des malades, elles ne peuvent croître dans les livres, ni dans l'atmosphère limitée des salles de cours. Son éducation doit être celle d'un homme libre, qui sera obligé d'agir par lui-même en toute circonstance et sera capable de le faire. L'enseignement doit être adapté aux nécessités de la vie professionnelle, aux besoins des malades, et non simplement subordonné aux vues des professeurs.

Nous demandons la réunion d'une Commission où les représentants du corps médical étudieront, à côté de ceux-ci, les transformations profondes qu'exige notre enseignement, abstrait, théorique, encyclopédique, éloigné de la vie et de la réalité,

***

Le pouvoir moral du médecin, la direction qu'il donne à la pensée des malades, le soulagement qu'il apporte à leurs misères exigent la confiance de ceux-ci. Dans la Cité de demain, comme dans celle d'hier, l'homme, atteint dans sa santé physique, aura foi dans tel homme et non dans tel autre; la parole du premier apaisera son mal et celle du second restera impuissante. Nous ré-

clamons le libre choix du médecin pour nos malades, plus encore que pour nous-mêmes. Il ne peut être un privilège réservé à ceux des classes aisées. Nous nous adresserons à l'opinion publique et non seulement au législateur, nous nous appuierons sur le bon sens; nous désirons que les petits comme les grands aient, à l'avenir et de plus en plus, le droit de choisir leur médecin, pour que celui-ci puisse être ce qu'il doit être d'abord : l'ami, le confident de ses malades.

Pour le Comité d'organisation :

Le Secrétaire général,
Dr LEREDDE.

Société Civile du « CONCOURS MÉDICAL »

Séance du 27 Décembre 1906.

Présents : MM. Gassot, Maurat, Jeanne, Diverneresse, Cézilly.

Le Conseil entend la lecture d'une note de M. le docteur Gassot, sur la réponse à faire au sujet des certificats prévus par la loi d'assistance aux vieillards.

Il approuve les termes de cette note et en décide l'insertion au procès-verbal ; elle est ainsi conçue :

L'assistance aux vieillards et aux incurables.

La loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards et aux incurables entre en vigueur au 1er juillet 1907 et les municipalités sont invitées à constituer les dossiers dès le mois de janvier.

Un certain nombre de confrères nous demandent quelle sera la situation du corps médical en présence de la loi nouvelle, le dossier comprenant un certificat attestant soit la maladie incurable, soit l'impossibilité du travail par suite de l'âge ou des infirmités.

Cette question doit être réglée dans les règlements départementaux prévus par la loi : il nous est donc impossible de donner une règle générale. Ce qui est certain, c'est que ces certificats doivent être payés.

Dans quelques départements, nous savons qu'il a été stipulé que le service paierait les seuls certificats qui seraient réclamés par l'administration elle-même et qu'au contraire les certificats réclamés par les postulants à l'appui des demandes qu'ils comptent faire resteraient à leur charge.

Dans ce dernier cas, le médecin demeure maître de ses prix, qui sont évidemment ceux du tarif minimum.

Dans le premier cas, le prix, au contraire, est fixé par le règlement départemental.

Le Congrès des Praticiens.

MM. Diverneresse et Jeanne rendent compte des préparatifs déjà faits par le Comité du Congrès des Praticiens.

Il décide à nouveau que sa participation est acquise à tous les efforts d'organisation et que le mode d'utilisation de la subvention votée en principe reste subordonnée aux nécessités qui résulteront du déplacement des médecins de province et notamment des membres du Concours qui viendraient représenter les confrères de leur région.

Un appel aux médecins des départements sera fait au prochain numéro pour demander leur concours à la constitution rapide des Comités locaux.

Le libre choix du blessé dans les programmes électoraux.

M. le docteur Diverneresse informe le Conseil qu'une élection pour le Conseil Général de la Seine a lieu dans trois jours pour le canton de Vincennes et que, parmi les nombreux candidats, un seul, M. Brichet, industriel, s'est engagé à réclamer la liberté pour les indigents de choisir leur médecin.

Le Conseil a déjà déclaré à plusieurs reprises qu'il se refuse à faire de la politique dans le *Concours Médical*, mais s'en référant à la décision de l'Assemblée Générale de 1905 (*Concours Médical* 25 novembre 1905, page 773), il rappelle que dans une élection les confrères devraient ne voter et ne faire voter que pour les candidats ayant inscrit dans leur programme la liberté pour les malades de choisir leur médecin. Il estime, en effet, que les médecins peuvent bien imiter l'exemple des viticulteurs et des betteraviers qui font passer avant toute autre considération leurs intérêts matériels et ceux de la famille qu'ils ont créée.

Nous engageons vivement nos confrères à agir ainsi dans toutes les élections. Nous les prions de nous envoyer les professions de foi des candidats qui inscrivent le libre choix du médecin au nombre de leurs revendications. Nous faisons de ces documents une collection qui nous sera des plus utiles.

Cliniques, Médecine et Chirurgie pratiques, Hygiène, Presse étrangère.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le Pr agrégé THIROLOIX

Introduction aux études cliniques.

(Leçon d'ouverture).

Celui qui se destine à la médecine doit fréquenter avec assiduité l'hôpital, dans les trois départements qu'il comporte : la salle de malades, le laboratoire et l'amphithéâtre.

Dans la salle de malades, la tâche de l'élève est de prendre des observations et, pour ce faire, il est besoin de principes directeurs dont je me propose aujourd'hui de vous entretenir.

Vous êtes auprès d'un patient et vous commencez votre enquête clinique. Un coup d'œil rapide sur le facies, la coloration des téguments,

l'habitus, vous fournira un premier renseignement. C'est là une simple impression que vous compléterez,en observateur muet, par une étude rapide de la circulation, de la thermogénèse et des fonctions digestives : prendre le pouls,mettre la main dans l'aisselle pour apprécier la température, regarder la langue, sont trois gestes pour ainsi dire automatiques du médecin.

Vous allez ensuite interroger le patient,dans le double but de mettre en évidence tous les facteurs étiologiques de son affection et de connaître les symptômes et les signes qu'il a pu apprécier par lui-même.

Pour préciser la série des causes (prédisposantes et réalisantes) d'une maladie, il est nécessaire de passer en revue les antécédents héréditaires et personnels du malade.

L'individu vient au monde avec un dossier pathologique de sa vie fœtale. Hanot disait que le « compte » morbide est déjà ouvert à la naissance et comporte un héritage maternel ovulaire, un héritage paternel spermatique, et un héritage utérin.

Les parents transmettent à leurs enfants, dans certains cas, une hérédité de prédisposition, de terrain, dans d'autres cas, une hérédité de graine. Il y a dix ans, Pasteur, étudiant certaines affections des vers à soie, a montré que, quelquefois, le germe héréditaire lui-même est déposé dans l'œuf; que,d'autres fois,l'œuf issu de générateurs malades n'est pas infecté,mais hérite d'une sorte de prédisposition morbide. Ces considérations, dans l'espèce humaine, s'appliquent bien à la syphilis et à la tuberculose.

A côté des hérédités infectieuses, il est des hérédités toxiques : une seule, à la vérité, l'hérédité alcoolique, est indéniable.

Les parents transmettent encore à leurs descendants des tares nerveuses, l'hystérie, l'épilepsie, les tics, les affections mentales. De tout temps cela a été prouvé par la clinique. Comte n'exprimait pas autre chose lorsqu'il disait : « les morts gouvernent les vivants ». Brown Séquard et Dupuis ont démontré, expérimentalement, la transmission à plusieurs générations de différentes maladies nerveuses. Ainsi, Dupuis,ayant arraché à des cobayes le ganglion cervical inférieur a vu se développer chez ces animaux des lésions qui se rencontraient plus tard chez leurs descendants. C'est également par l'intermédiaire du système nerveux que les parents modifient leurs cellules germinatives et déterminent. chez leurs enfants, le diabète, la goutte, l'arthritisme.

A ce dossier pathologique constitué au moment de la conception,vient s'ajouter l'héritage utérin. En outre des maladies infectieuses susceptibles de passer au fœtus, la mère peut transmettre des dystrophies viscérales : ce sont ces affections familiales,intéressantes à connaître,qui touchent le cœur, l'aorte, le rein, parfois la rate. l'appendice. Le mécanisme de cette forme d'hérédité était très difficile à saisir autrefois ; nous le traduisons aujourd'hui sous le nom de cytolysisme, phénomène bien étudié par Achard et Delamarre. Ces auteurs ont pris des femelles en état de gestation et leur ont broyé un rein. Les femelles en question ont continué à vivre, en bonne santé apparente. Lorsque la grossesse eut achevé son cours, ils examinèrent les reins des petits mis bas ; ils ont constaté, dans les reins homologues, des altérations épithéliales et conjonctives. Voici l'explication qu'ils ont donnée de ce fait : les débris du rein broyé de la mère passent dans le torrent circulatoire où ils engendrent des cytolysines, qui vont, à leur tour,influencer les reins des petits. Nous trouvons là l'origine héréditaire de certaines fragilités,de certaines susceptibilités organiques bien connues des cliniciens.

Vous aurez donc à tenir grand compte des antécédents héréditaires et vous noterez soigneusement l'existence ou l'absence, chez les parents, de la tuberculose, de la syphilis, du cancer, des tares nerveuses, des dystrophies viscérales.

Vous passerez alors aux antécédents personnels. Informez-vous de l'âge,de la profession, des habitudes, de la situation sociale du malade, de son état de bien-être ou de misère — celle-ci étant une source pathologique importante. Posez quelques questions sur les affections de l'enfance, pyrexies, scrofule, sans oublier la syphilis héréditaire, sur l'alcoolisme,les intoxications professionnelles. Ce sont les points essentiels, à Paris du moins. Terminez en recherchant les causes adjuvantes. l'influence du froid, du chaud,du surmenage, des traitements suivis antérieurement.

Vous êtes arrivés, maintenant, à la deuxième partie de l'interrogatoire. c'est-à dire à la recherche des signes et des modifications matérielles observés par le patient. Dirigez toujours vous-mêmes l'interrogatoire et précisez, en premier lieu, le début de la maladie. Pour nos malades des hôpitaux,il faudra vous contenter en général de noter le jour où le patient a pris le lit, a cessé ses occupations ou a éprouvé un symptôme majeur ; vous ne pouvez guère, ordinairement, remonter plus loin dans l'histoire de son affection. Toujours ou presque toujours, les malades attirent l'attention sur les troubles subjectifs qu'ils ont éprouvés. N'ayant pas de prise sur ces signes, puisqu'ils ne s'objectivent pas, vous devez savoir les analyser. Vous guidant sur ce que vous avez appris, vous rechercherez si une céphalée, par exemple, revêt les caractères de la céphalée urémique, syphilitique ou autre.

Aux phénomènes subjectifs, vous allez joindre l'ensemble des signes objectifs. Le patient vous en signalera quelques-uns, le gonflement de l'abdomen, des membres, la coloration de la peau, etc. Toutefois, la plupart lui échapperont. C'est à vous — orienté déjà par tout ce qu'a acquis votre observation — à les mettre en lumière, grâce aux deux méthodes, physique et physiologique, d'examen clinique.

La méthode physique repose sur l'anatomie. Vous connaissez la technique de l'inspection, de la palpation, de l'auscultation, de la percussion, de la radiologie.

La méthode physiologique vous permettra d'arriver non seulement sur l'organe mais encore sur le tissu intéressé. Parmi les symptômes objectifs, certains ont une valeur capitale, que l'on a qualifiée de pathognomonique. Ces signes pathognomoniques ne sont pas, il est vrai, très nombreux et la pathologie n'en fourmille pas. Je vous en citerai quelques-uns : les crachats rouillés de la pneumonie, le signe d'Argyll Robertson, indice d'une méningopathie syphilitique, le signe de l'extension de Babinski, indice d'une lésion du faisceau pyramidal, l'état violacé des lèvres caractéristique de l'attaque d'épilepsie. En clinique, vous rencontrerez rarement ces symptômes pathognomoniques. Généralement, les signes mor-

bides n'ont de valeur que par leur ensemble et leur évolution.

Ayant, enfin, examiné les produits normaux et anormaux de l'organisme, vous réunirez dans un travail de synthèse les signes subjectifs et objectifs : vous avez là tous les éléments du diagnostic clinique.

Qu'avez-vous à faire encore, dans la salle de malades ? Vous avez à poser des indications pronostiques (qui vous seront demandées dans vos clientèles par les familles) et à formuler un traitement.

Le pronostic s'établit d'après la nature, le stade, l'intensité de l'affection, d'après le malade également.

Vous savez, par exemple, que l'érysipèle, la pneumonie ne sont graves que chez les tarés. Vous savez aussi que l'on ne meurt pas de fièvre typhoïde dans la première semaine, etc. Tout ceci vous servira de bases d'appréciation.

Votre thérapeutique sera ce que l'état de la science lui permettra d'être. Ici, comme toujours d'ailleurs, la notion de cause vous dirigera. Le maximum de votre pouvoir consistera à empêcher l'éclosion de la maladie : vous y parviendrez dans la diphtérie et dans le tétanos, par exemple, où nous possédons des agents prophylactiques appropriés.

D'autres fois, vous pourrez non pas empêcher, mais enrayer l'affection : la sérothérapie vise et remplit ce but.

Dans un troisième groupe de cas, sans avoir d'armes efficaces contre la cause, vous disposerez néanmoins de médicaments capables d'agir sur les effets : tels le mercure qui guérit les manifestations de la syphilis, le quinquina qui guérit les manifestations de l'impaludisme, le salicylate de soude qui guérit les manifestations du rhumatisme aigu.

Dans un quatrième groupe de cas, vous aurez à vous rappeler que certaines affections tendent naturellement vers la guérison. Vous assisterez, alors, vous surveillerez le patient et les émonctoires : c'est ce que nous faisons dans la pneumonie de l'enfant et de l'adulte non atteint de tare pathologique.

Reste une cinquième et dernière circonstance : vous vous savez impuissant contre la cause et vous constatez que la vie du malade est menacée. Vous ferez ici de la thérapeutique symptomatique, basée sur les propriétés des médicaments et la connaissance des doses nécessaires. Vous emploierez la digitale contre les cardiopathies, les rayons X contre la leucémie, etc. Ces cas-là sont les plus habituels : presque toujours, dans la pratique journalière, nous avons recours à la thérapeutique symptomatique.

J'en ai fini avec votre conduite dans les salles de malades. Souvent, l'enquête purement clinique ne suffit pas à dépister la cause, à faire un diagnostic étiologique, et le laboratoire doit lui venir en aide. Profitez de votre passage dans les hôpitaux pour vous familiariser avec les procédés de laboratoire. Certes, vous n'aurez guère personnellement à les mettre en œuvre, mais il faut que vous en connaissiez la valeur, pour pouvoir adresser les produits pathologiques convenables aux hommes spécialisés qui vous donneront le résultat de leurs recherches. Ces procédés, comment allez-vous les interroger ? Il est, ne l'oubliez pas, une notion qui sert de pivot à la pathologie : c'est la notion de cause. Les causes sont des agents pathogènes qui ont, chacun, une action élective sur certains organes, certains tissus, certaines cellules. Ils déterminent sur ces organes, ces tissus, ces cellules, des lésions spécifiques, lésions qu'il suffit de constater pour remonter à l'agent originel. Eh bien ! vous prélèverez, sur votre malade, des produits morbides, vecteurs de cause, des humeurs modifiées par l'agent causal, etc. ; tout cela ira au laboratoire.

Les procédés diagnostiques de laboratoire sont de divers ordres. La recherche de l'agglutination (fièvre typhoïde, tuberculose) et la cytologie viennent en tête. A côté de ces méthodes fondamentales se groupent toute une série d'autres procédés qui mettent en évidence les modifications des tissus, tels l'hématologie de la chlorose, des anémies, le chimisme gastrique, la coprologie, les épreuves urinaires. Ils révèlent non plus l'agent causal, mais les troubles fonctionnels. Tout cet ensemble, en résumé, concourt à élucider le diagnostic étiologique.

Votre instruction, enfin, serait bien incomplète, si vous désertiez l'amphithéâtre. Comme la clinique et le laboratoire, il servira à votre éducation pratique. C'est le seul endroit où vous ayez sous les yeux le résultat de la lutte de la cellule vivante microbienne et de la cellule de l'organisme. Vous y constaterez les défaillances de cette lutte et le mécanisme de la mort.

Il faudra vous orienter et distinguer les lésions anciennes des lésions actuelles. N'allez pas à l'amphithéâtre simplement pour enregistrer les changements des organes, pour faire de l'anatomie pathologique morte. Allez-y pour rechercher les différentes phases évolutives des altérations morbides. Si, dans les salles de malades, vous avez pensé anatomiquement, à l'amphithéâtre, pensez cliniquement et physiologiquement, rendant la vie, pour ainsi dire, aux tissus morts. Les lésions sont la signature des agents étiologiques. Elles ont une évolution définie qu il faut connaître : ainsi, la gomme syphilique tend vers la cicatrisation, la tuberculose vers le ramollissement et la suppuration, les lésions typhiques vers la nécrose. De son côté, l'organisme intervient : pendant l'agression, il s'efforce de revenir à l'état primitif, à l'état de défense ; l'agression terminée, il fait le possible pour se rénover.

D'autre part, vous devez fixer *chronologiquement*, sérier ces lésions constatées à l'amphithéâtre. Un individu, je suppose, succombe à une néphrite. A l'autopsie, vous trouvez des œdèmes, un gros foie, une grosse rate, de la péricardite, des ulcérations gastriques. Allez-vous attribuer à tout cela une origine commune ? Nullement. Dirigez-vous sur la notion de cause. Vous avez diagnostiqué, au lit du malade, une néphrite goutteuse ou artério-scléreuse : l'examen du rein vous donnera confirmation ou infirmation de votre diagnostic. Puis, aidé de la clinique, vous suivrez la marche des lésions, attribuant telle altération anatomique aux stases, telle autre aux infections, telle autre aux crises d'élimination par les séreuses et les muqueuses. Vous reconstituerez, en un mot, l'histoire de la maladie Sorti de l'amphithéâtre, enfin, vous rentrerez au laboratoire où l'on vous montrera les lésions structurales plus intimes, dans leurs diverses étapes.

Leçon recueillie par le Dr P. LACROIX.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1906

Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. III. Bulletin des Sociétés d'Intérêt Professionnel. — IV. Auteurs des articles scientifiques et professionnels.— V. Table de la petite correspondance.

I
Partie Scientifique

A

B

C

M

N

O

P

Q

R

II
Partie Professionnelle

Errata page 174 *au lieu de* « le prix des victimes d'accidents du travail ne pourrait dépasser 2 fr. 50 quoique la majoration de 50 % — *lire* : ne pourrait dépasser 3 fr. 50 quoique.....

F

G

H

I

J

L

M

O

P

R

S

III

Bulletin des Sociétés d'Intérêt Professionnel

IV

TABLE DES AUTEURS

d'articles Scientifiques et Professionnels contenus dans le CONCOURS MÉDICAL (Année 1906)

M

N

S

T

V

Petite Correspondance hebdomadaire

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE

Clermont (Oise). — Imp. DAIX Frères et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodique médicales.